Path. 884 pg Neugebauer

BIBLIOTHECA
REGIA
MONACENSIS

Ueber die Rehabilitation

der

Schamfugentrennung

oder

Symphyseotomie

durch die geburtshülfliche Schule in Neapel.

Von

Dr. med. Franz Ludwig Neugebauer
in Warschau.

I. Theil.

Die Geschichte des Schamfugenschnittes und die bisherige Casuistik von 437 Operationen von 1777 bis Ende Juni 1893.

Nebst Litteraturverzeichniss.

Leipzig
Verlag von Otto Wigand.
1893.

BIBLIOTHECA
REGIA
MONACENSIS

Alle Rechte vorbehalten.

Bayerische Staatsbibliothek MÜNCHEN

Im Juni 1892 sandte mir Prof. Charpentier seinen Vortrag: „De la Symphyséotomie“ zu, welcher das Ergebniss einer italienischen Reise und eines Besuches in Neapel war. Dieser Aufsatz hat in so hohem Grade mein Interesse gefesselt, ein so lebhaftes Interesse für die heute brennende Frage der Symphyseotomie in mir angeregt, dass ich mich entschloss, diese Frage in unserer ärztlichen Gesellschaft anzuregen und die Arbeit Charpentier's theilweise in unserer polnischen Presse zu veröffentlichen. Neues und immer wieder Neues auf dem Gebiete der Symphyseotomie kam dazu, es wuchs die Casuistik ganz bedeutend an in kürzester Zeit und so entstand ein umfangreicher Aufsatz, zu dem ich eigentlich persönlich nichts beigetragen habe ausser dem lebhaften Interesse für die Sache, es war mehr ein Bericht geschrieben für den Zweck, das Interesse meiner polnischen Fachgenossen für die Tagesfrage anzuregen. Diesen polnischen Aufsatz sandte ich u. A. auch an Herrn Prof. Zweifel in Leipzig ab. Letzterer forderte mich auf, diese Arbeit deutsch zu veröffentlichen.

Ich folge dieser Aufforderung einerseits gern, andererseits aber mit einer gewissen Scheu. Ich möchte den Leser bitten, in diesem Aufsatze (die Casuistik ist seit der Zeit des Erscheinens des polnischen Aufsatzes wieder bedeutend angewachsen und wird, soweit mir die litterarischen Quellen zugänglich sind, heute mit berücksichtigt werden) nicht mehr als einen Bericht

sehen zu wollen, zu irgend welchen eigenen praktischen Studien über die Symphyseotomie hatte ich mit Ausnahme zweier Leichenoperationen an einer im 4. Monate der Schwangerschaft verstorbenen Frau und an einer sub partu praematuro spontaneo bei Placenta praevia zu Beginn des 9. Schwangerschaftsmonates in Folge eines Herzfehlers plötzlich verstorbenen Gebärenden [Sectio caesarea post mortem] bisher keine Gelegenheit, da ich augenblicklich seit dem Dahinscheiden meines Vaters ohne klinische Anstellung bin, in der geburtshülflichen Stadtpraxis aber zur Zeit keine die Symphyseotomie indicirende Entbindung hatte.

Allgemein bekannt ist die grosse Umwälzung in den Anschauungen über den Kaiserschnitt bei unbedingter und bedingter Anzeige, welche das Ergebniss der glänzenden Resultate der Antisepsis und Asepsis der letzten Decennien, der verbesserten, vereinfachten Technik, der genaueren Feststellung der Anzeigen und Gegenanzeigen gewesen ist, speciell der von Sänger durch seine klassische Arbeit, von Leopold und Anderen eingeleiteten Studien einen möglichst vollkommenen Wundverschluss durch die Naht zu erzielen, welcher die Operirte vor einer Nachblutung, vor Auseinanderweichen der Wundränder und vor Verunreinigung des Bauchfells zu schützen vermochte. Wir Alle waren Zeugen des schlagenden Umschwunges in den Anschauungen des verstorbenen Professors Credé bezüglich des Kaiserschnittes angesichts der stetig günstigeren Resultate desselben, der stetig verbesserten und vereinfachten Technik der Operation. Credé, der kaum einige Jahre vor seinem Dahinscheiden immer kühner und enthusiastischer das Gebiet des Kaiserschnittes sogar bei bedingter Anzeige erweiterte, hatte bis zum Jahre 1885 niemals den Kaiserschnitt an der Lebenden vollzogen, sondern ausschliesslich post mortem. Bekannt ist die ihm zur Zeit seiner beginnenden Thätigkeit in Leipzig gestellte Frage, als er auf den Kaiserschnitt bei bedingter Anzeige hinwies: „Werden Sie es bei Ihrer eigenen Frau unter den gleichen Verhältnissen auch geschehen lassen?" Zweifel (Lehrbuch d. operat. Geburtshülfe. Stuttgart 1881. p. 273) schreibt, dieses erwähnend: „Es kann kein Arzt, der seine Frau liebt, um die Antwort verlegen sein!"

Ein derartiger Umschwung der Anschauungen ist oft genug beobachtet und geradezu charakteristisch für manche Operationen, neu erfundene Instrumente, Medikamente etc. Anfangs ein blinder Enthusiasmus, man glaubt eine Panacee gefunden zu haben, kritiklose Anwendung ohne Auswahl, ohne stricte Indication, oft entgegen jede Indication, selbstverständlich mit negativem oder gar schädlichem Ergebniss, — hierauf eine Ernüchterung, Nachlassen des Enthusiasmus, Verlust des blinden Glaubens, Skepticismus, endlich ein ebenso übertriebenes pessimistisches Verdict! Ich erinnere an die Geschichte des Chinins, Digitalis, die interessante Geschichte aller der Phasen, welche diese beiden Medikamente durchmachen mussten, ehe sie ihre heutige wohlgesicherte Stellung im Arzneischatze erwarben, ich erinnere an das vor 50 Jahren als das einzig brauchbare, erlösende und beste Pessarium eingeführte Zwanck'sche Flügelpessar mit den Schilling'schen Modificationen, von dem heute Sänger schreibt, es sei längst Zeit, dieses in seinen Folgen so fatale Instrument „in die Rüstkammer der Medicina crudelis“ zu legen, Andere aber sagen: „Dieser Zwang (ck!) ist keinen Schilling werth!“ [Ich erinnere an 27 von mir zusammengestellte Fälle von Perforation der Blasen-, resp. Mastdarmscheidenwände oder beider durch Zwanck-Schilling'sche Scheidenpessarien!]

Es sei hingewiesen auf den Umschwung der Anschauungen über den Kaiserschnitt nicht nur vor der Aera der Antisepsis und Asepsis, aber sogar in der allerjüngsten Zeit, wo die Symphyseotomie unter gewissen Verhältnissen an seine Stelle zu treten verspricht. Als hätte man einen Stein in den Teich geworfen, so unduliren die Wellen in immer weiter auseinanderströmenden Kreisen bald bergauf bald thalabwärts die erregten Wasserelemente führend, bis das erregte Element wieder sich beruhigend ins Gleichgewicht gelangt, die jetzt ruhige glatte Oberfläche erhoben um das Volumen des hineingeworfenen Steines. Gegenwärtig sind wir Zeugen eines solchen Vorganges, Morisani warf den Stein, die Wellenkreise greifen immer weiter und weiter im Weltall, bis die Frage gereift ist und unsere Wissenschaft um einen kritisch erwogenen, erprobten

Fortschritt reicher. Diese Undulation, das Kämpfen von Für und Wider, Morisani's Schule in Neapel hat es wachgerufen. In raschem Schritt erwirbt sich die Symphyseotomie das Bürgerrecht unter den geburtshülflichen Operationen!

Angesichts der ungeheuren Sterblichkeitsziffer des Kaiserschnittes und der, wie Kehrer (Lehrb. d. operat. Geburtshülfe. Stuttgart 1891. p. 285) schreibt, zufällig sub partu von Severinus Pinaeus[1]), Louis, Camper, Morand und

[1]) Alfonse Leroy (Recherches historiques et pratiques sur la section de la symphyse pubienne pratiquée pour suppléer à l'opération césarienne le 2 Octobre 1777 sur la femme Souchot. Paris 1778) schreibt (p. 4—10): „Oft sind die Maasse des Kindes so überraschend grosse, dass wir es nicht verstehen, wie das Kind lebend geboren werden konnte, wie es lebend die Dysproportionen der Geburtswege überwinden konnte. Die ersten Autoren, welche über derartige Geburtsmechanismen Forschungen anstellten, prüften den Bau des Beckens und bemerkten dabei, dass die den Beckenring bildenden Knochen nicht durch Knochensubstanz mit einander verbunden seien, sondern durch eine Substanz, die nie bei jungen Frauen verknöchert und welche in den letzten Monaten der Schwangerschaft anschwillt, weich und nachgiebig wird. Sie sahen in dieser Erweichung der Zwischensubstanz eine wohlthätige Vorsorge der Natur, welche eine Erweiterung der Beckenmaasse gestattete.

Hippokrates deutet die während der Geburt in den Lenden empfundenen Schmerzen als Ergebniss der gegen die Hüftkreuzbeingelenke gerichteten austreibenden Kräfte: „Frauen, die zum ersten Male gebären, empfinden starke Schmerzen in der Lendengegend und dem hinteren Antheile der Hüftbeine, weil diese Knochen sich von einander entfernen.“ Hippokrates (De natura pueri) fasst an dieser Stelle ausschliesslich die hinteren Beckengelenke ins Auge, aber an anderer Stelle (De epidem.) erwähnt er auch das vordere Beckengelenk. „Die Schambeine“, schreibt er, „weichen gegen Ende der Schwangerschaft nach rechts und links auseinander.“ Die oben genannten Worte riefen eine dreifache Deutung der austreibenden Kräfte hervor. Die Einen behaupteten, die austreibenden Kräfte seien hauptsächlich gegen die hinteren Gelenke gerichtet, die Anderen aber sagten, sie seien hauptsächlich gegen die vordere Beckenfuge gerichtet, indem sie in der Schamfuge eine Lockerung, erhöhte Beweglichkeit und endlich ein Auseinanderweichen der Knochen erzielten; die Dritten endlich blieben dabei, alle 3 Beckengelenke unterliegen in gleicher Weise dem Einflusse der austreibenden Kräfte, das Ergebniss sei eine Erweiterung des Beckenringes. Die arabische Schule hielt sich an diese letztere Ansicht: „wenn die Frucht den Uterus verlässt“, schreibt Avicenna, „öffnet sich der Uterus, die Beckengelenke klaffen und ist dieser Mechanismus eine der

de la Roussière bemerkten Lockerung der Schamfuge mit Auseinandertreten der Schambeine und der hieraus resultirenden

weittragendsten physiologischen Veränderungen". Fast scheint es, als habe man sich im Alterthum mit dem Gedanken beschäftigt, die Schamfuge sub partu zu spalten, um so eine schwere Geburt zu erleichtern, und dass dieser Vorschlag den Ausgangspunkt der Legende von der Durchschneidung der Schamfuge bei neugeborenen Mädchen, um ihnen dereinst die Entbindungen zu erleichtern, bildete (siehe Vesal). Die Schule der Griechen sah in der Verbindung der Beckenknochen miteinander wahre Gelenke; Vesal trat gegen diese Anschauung auf und betrachtete die die Schambeine verbindende Masse als gewöhnlichen Knorpel. Während die Einen nach der einen Richtung zu weit gingen, indem sie von einer Erweichung und Auseinandertreten der Schamfuge sprachen, verfiel Vesal, diesen einen Fehler verbessernd, in einen anderen. Dank jedoch dem Ansehen Vesal's fand seine Anschauung viele Anhänger. Im Jahre 1519, schreibt weiter Leroy, gab man einem seiner Vorgänger in der Fakultät für seine Demonstrationen im anatomischen Unterricht die Leiche einer Frau, welche einige Tage nach ihrer Entbindung wegen Ermordung ihres Kindes hingerichtet worden war. Jacques d'Amboise wollte diese Gelegenheit benützen, um die Lockerung und Erweichung der Gelenke, sowie das Auseinandertreten der Beckenknochen zu demonstriren, und lud für diese Demonstration die hervorragendsten Aerzte und Chirurgen ein. Er demonstrirte den Anwesenden, dass die Beckenknochen, ganz vorherrschend namentlich in der Schamfuge, um einige Linien sich von einander entfernen; weiter bewies er, dass dieses Auseinandertreten keineswegs eine krankhafte Erscheinung sei, da jene Frau in der Schwangerschaft sich der allerbesten Gesundheit erfreute; weiter zeigte er, dass, wenn man einen Oberschenkel erhob, auch auf der anderen Seite das Schambeinende in die Höhe stieg.

Trotz des hohen Ansehens des Vortragenden und anderer Rücksichten, erschien doch nur eine geringe Anzahl competenter Persönlichkeiten bei jener Demonstration im Hörsaale; Pinaeus, der berühmte Anatom und Chirurg, der zugegen war, gewann der Demonstration und den von einigen der anwesenden Collegen gemachten Einwänden so grosses Interesse ab, dass er die Hauptpunkte des Vortrages notirte und in einer eigenen Broschüre herausgab (1575). — Es seien einige Punkte dieser interessanten Arbeit hier wiedergegeben: Pinaeus, der sich an die Auffassung Galen's hält, erklärt die Fugen der Beckenknochen für wahre Gelenke; das vordere Beckengelenk sollte mehr als die hinteren zur Auflockerung und Erweichung in der Schwangerschaft prädisponirt sein; „die Schamfugensubstanz", schreibt er, „ist einem Schwamme ähnlich, der in der Schwangerschaft aufquillt und nach der Entbindung eintrocknet". Die Erweichung der Schamfuge ist die Folge einer ausschliesslich der Schwangerschaft eigenen physiologischen Succulenz. Vergeblich mussten also alle Bemühungen sein,

Erleichterung der Extraction der Frucht, kam Jean René Sigault, damals noch Student der Medicin in der Pariser

an der Leiche die Schamfuge auseinanderzutreiben durch Eintreiben von Keilen, ausser an den Schwangeren. Wenn man bei einer schwangeren Frau mit dem Finger einen Druck auf die Schamfugengegend ausübt, empfindet sie sofort Schmerz, dieser Schmerz aber ist die Folge der Hyperämie der Beinhaut. Wäre die geburtshülfliche Kunst, heisst es weiter, nicht im Stande, jene von der Natur selbst eingeleitete Erweichung künstlich zu vergrössern? Könnte man dieselbe, namentlich an der Schamfuge, nicht fördern durch erweichende Kataplasmen, Oeleinreibungen, Sitzbäder? Pinaeus sah voraus, dass man seine Vorschläge, ohne sie zu erproben, abweisen werde; deshalb widmete er seinen Aufsatz dem berühmten Arzte Rivière, indem er auf dessen Einfluss auf die öffentliche Meinung rechnete. Er studirte den physiologischen Erweichungsprocess der Bindesubstanz, das Auseinandertreten der Gelenkenden der Knochen und wollte es künstlich hervorrufen und erleichtern. Beugt man bei der Geburt beide Oberschenkel, sagt er, in der Richtung auf den Unterleib zu bei genügender Spreizung, so tritt die Frucht mit jeder Wehe tiefer herab, was von dem Auseinandertreten der Schambeine begünstigt wird. Pinaeus geht noch weiter, er sagt, man könne nicht nur auf obigem Wege die Erweiterung der Schamfuge hervorrufen, sondern man könne sogar die Schamfuge durchschneiden; freilich empfiehlt er die Symphyseotomie nicht ohne eine gewisse Scheu und unter Berufung auf Galen's Ansicht (siehe Krassowski l. c. p. 625): „Praeterea ignobiliores partes nobilioribus semper ministrant et obsequuntur, nec non continentes seu externae non tantum dilatari sed etiam secari tuto possunt ut internis succurratur, ut Galenus ait," dass der Inhalt mehr bedeute als das Gefäss, dass man letzteres zu Gunsten des Inhaltes erweitern, ja selbst durchschneiden dürfe. Es unterliegt keinem Zweifel, schreibt Pinaeus, dass die in der Gebärmutter enthaltene Frucht ein edlerer Theil sei als die Beckenknochen. Die Autorität Galen's reichte jedoch nicht hin, solchen Ideen Ausbreitung zu verschaffen. Dank den praktischen Darlegungen und Erfahrungen von Jacques d'Amboise über die Erweichung und Lockerung, das Auseinandertreten der Schambeinfuge ging die Frage in der Schule der Pariser Fakultät doch nicht in Vergessenheit über, denn in der Folge schlossen sich Sylvius, Rivière, Fernel, Deleurye, Riolanus und später noch viele andere Aerzte den Anschauungen des Pinaeus an. Duverney demonstrirte in seinen öffentlichen Vorlesungen im Jardin du Roi das Becken einer Puerpera, bei der durch die alleinigen Kräfte der Natur sub partu die Schamfuge zum Klaffen gelangt war. Ebenso theilte Morgagni, dessen Autorität schwer wog, die Ansicht des Pinaeus. — Dennoch vergingen 2 Jahrhunderte, ehe der Vorschlag des Pinaeus durch Sigault an der Lebenden zur Ausführung gelangte.

Hochschule, im Jahre 1768 auf die Idee, den Schamfugenschnitt zur Erleichterung der Geburt bei verengtem Becken anzuempfehlen.

An der Leiche oder vielmehr zur Beschleunigung der Entbindung post mortem parturientis hat bereits im Jahre 1585 (Winckel giebt das Jahr 1654, Charpentier 1655 an) der französische Arzt Jean Claude de la Courvée hier in Warschau (siehe Krassowski: „Operative Geburtshülfe". III. Ausgabe [Russisch]. Petersburg 1885. p. 624) die Symphyseotomie ausgeführt, 1766 unter ebensolchen Bedingungen Plenck in Deutschland. Nach Krassowski haben bereits Riolanus (Manual anat. p. 626) und Paré (Oeuvres. Livre 24. Chap. 13) erwähnt, dass man im Alterthume sogar schon bei jungen Mädchen die Schamfuge behufs Erleichterung der Geburten durchtrennte, Galen soll ebenfalls auf diese Operation hinweisen.

Die Pariser Akademie nahm Sigault's Vorschlag ablehnend auf, gleichwohl liess sich Sigault nicht abschrecken und gelang es ihm thatsächlich am 2. October 1777 eine Mehrgebärende, die Frau des Soldaten Souchot, unter Assistenz von Alfonse Leroy mit Hülfe des Schamfugenschnittes zu entbinden.

Diese Entbindung ist in allen Einzelheiten von Alfonse Leroy (siehe vorher) beschrieben worden. Frau Souchot, 3 Fuss 8 Zoll hoch, damals 39jährig, hat früher schon 4mal geboren. Die erste Entbindung, sehr schwer bei Schädellage, fand 1769 statt, bei der zweiten (1771) brachte man den Schädel mittels in das Os parietale dextrum eingesetzten scharfen Hakens heraus, bei der 3. Schwangerschaft wollte Sigault der übermässigen Grössenentwickelung des Kindes vorbeugen, indem er der Schwangeren reichlich Laxantia bot (Prochownik unserer Zeit!) („Désolé de la perte inévitable de ses enfants j'ai resolu dans une troisième grossesse de m'y opposer à leur accroissement en employant les purgatifs"), doch ohne den erwarteten Erfolg. Die trotz des erst 8. Monates der Schwangerschaft sehr schwierige Entbindung hinterliess einen bedeutenden Vorfall der vorderen Scheidenwand. Bei der 4. Entbindung (1775)

holte Sigault 5 Geburtshelfer zur Hülfe herbei, man arbeitete 2 volle Stunden, um schliesslich mit der allergrössten Mühe nur den Schädel herauszubekommen „au moyen de ce qu'un pariétal s'est enfoncé et déprimé“. Damals schon gelangte Sigault zur Ueberzeugung, dass jene Frau ein lebendes Kind nicht anders zur Welt bringen werde als durch den Kaiserschnitt — um diesem zu entgehen, schlug er die Symphyseotomie schon damals (1775) vor, sein Vorschlag wurde jedoch zurückgewiesen. Es folgte die 5. Schwangerschaft. Die Geburt begann am 30. September in Fusslage, Conjugata vera $2^1/_2$ Zoll. Die Kreissende hatte von Sigault's Vorschlag des Schamfugenschnittes gehört und davon, dass Camper bei einer trächtigen Sau experimentell die Symphyseotomie bei der Geburt ausgeführt und dass die durchschnittene Symphyse schnell verheilt war; sie ging also gern auf Sigault's Vorschlag ein, besorgte eigenhändig die Vorbereitungen, zupfte sogar mit eigener Hand die nöthige Charpie, indem sie ihren verzweifelnden Gatten beruhigte und mit der Hoffnung tröstete, diesmal ihm ein lebendes Kind zu schenken — die ersten vier waren todt geboren. Sigault bat schon mehrere Tage vor der Operation Alfonse Leroy um seine Assistenz und führte am 2. October die Operation aus, während er keinerlei andere Instrumente zur Verfügung hatte als ein gewöhnliches Bistouri; der Gatte wurde entfernt, ein Dienstmädchen leuchtete bei der Nachts vollführten Operation. Nach Durchschneidung der Schamfuge sprengte Sigault die Eihäute und vollzog mit Leroy glücklich die Extraction eines lebenden Kindes an den Füssen. Die Schambeine traten während dessen auf $2^1/_2$ Zoll auseinander. Leroy vollendete die Extraction, die Sigault begonnen hatte. Die Blutung war nur unbedeutend, nach Beendigung der Geburt und Lagerung der Wöchnerin im Bette, betrug die Schamfugendiastase 8 Linien, man bedeckte die Wunde mit Charpie und legte einige Leinwandbindentouren um das Becken. In der Fakultätssitzung am nächsten Tage delegirte man Grandelas und Descemet ab, um den Sachbefund der Operation zu constatiren. Man fand die Wöchnerin fieberfrei, sie klagte nur über Schmerz im linken Kreuzhüftbeingelenk, man lockerte die

Binden etwas. Die Frau stillt selbst ihr Kind. Hinterher constatirte man eine Harnfistel in Folge von Verletzung der Harnröhre bei der Operation. Der Zustand der Kranken besserte sich sehr bald so weit, dass der Harn blos noch im Stehen und Gehen abfloss, im Sitzen aber nicht mehr, allmälig nahm die Incontinenz immer mehr und mehr ab, so dass der Harn überwiegend normal entleert wurde. Da die Kranke von der schnellen Verheilung der Symphyse bei der Camper'schen Sau gehört hatte, so liess sie schon am 4. Tage die Beckenbinde abnehmen, die sie belästigte; am 7. Tage erfolgte der erste Stuhlgang, am 14. Tage ging die Kranke ohne fremde Hülfe in ein anderes Bett über, da das erste von dem Harnfluss total durchnässt war; am 25. Tage sass sie im Bett aufrecht und arbeitete. Am 27. Tage constatirte Leroy, dass der Schnitt nicht die Mitte der Schamfuge getroffen hatte, sondern etwas nach links abgewichen war, so dass das linke Crus clitoridis durchschnitten und der unterste Harnröhrenabschnitt dicht über der Harnröhrenöffnung verletzt worden war. Am 46. Tage verliess die Operirte endgültig das Bett, ging mit einer Binde und ohne fremde Hülfe vom 4. Stock auf die Strasse und dann in die Kirche. Hierauf fuhr sie in die medicinische Fakultät; auf den Arm ihres Gatten gestützt stieg sie die Treppe zur Salle d'Assemblée hinauf und wurde hier den Mitgliedern der Fakultät vorgestellt und von mehreren untersucht. Der Harn sickerte damals blos noch tropfenweise durch. Es ist nicht wahr, dass die Frau nach der Operation nicht mehr gehen konnte. Den Vorfall der vorderen Scheidenwand aber hatte sie schon früher, von der 3. Entbindung her.

Angesichts des, wie ja leicht verständlich, colossalen Aufsehens, welches diese Operation machte, war es nicht mehr als natürlich, dass täglich mehrere Aerzte erschienen, um sich mit eigenen Augen von der Wahrheit des Geschehenen zu überzeugen und nach dem Befinden der Operirten zu sehen, dass Mutter und Kind wirklich leben, dass diese Frau, die mit grossen Schwierigkeiten vorher 4 Kinder todt geboren, jetzt ohne Kaiserschnitt ihrem Gatten ein lebendes Kind geschenkt! Die Enthusiasten ergriffen sofort Partei für die neue Operation

und ihren Begründer Sigault, die Begeisterung ging so weit, dass die Akademie eine besondere silberne Denkmünze mit entsprechender Aufschrift für Sigault prägen liess. Man sah in ihm einen Wohlthäter der Menschheit und bereitete ihm enthusiastische Ovationen.

Anderentheils fehlte es nicht an Gegnern, die keine anderen Götter neben sich dulden wollten, Neidern und principiellen Gegnern dieser Operation, es fehlte nicht an böswilligen Verleumdungen; der Neid spielte seine schönsten Trümpfe aus und es fehlte nicht an anonymen gehässigen Artikeln in den verschiedensten Zeitungen, bis endlich Leroy gegen alle diese Verleumdungen mit seiner erwähnten, inhaltsreichen und hochinteressanten Broschüre auftrat.

Nach jener ersten in Paris vollzogenen Symphyseotomie (die erste Symphyseotomie an der lebenden Gebärenden wurde nach Novi [siehe Charpentier, l. c.] von Domenico Ferrara 3 Jahre früher schon, und zwar 1774 im Hospital für Unheilbare in Neapel — eigenthümlich, weil in demselben Spital beinahe 100 Jahre später diese Operation ihrer Wiederauferstehung entgegen ging in der Hand Morisani's — vollzogen. Ferrara hatte seine Studien in Paris absolvirt und dort den Vorschlag Sigault's von 1768 kennen gelernt), welche mit Recht so allgemeines Aufsehen erregt hatte, ging man an die experimentelle Forschung an Thieren und an Leichen. Wie schon erwähnt, hatte Camper an einer kreissenden Sau die Symphyseotomie vollzogen, am 15. Tage war die Wunde verheilt. Leroy führte eine Reihe Leichenexperimente aus; bei dem Schnitt an der männlichen Leiche erfolgte eine Diastase von 2—3 Linien, bei nicht schwangeren Frauen auf 3—4 Linien, bei Wöchnerinnen auf 6—9 Linien, bei der bald nach der Entbindung verstorbenen Wöchnerin Brasseur betrug die Diastase $2^1/_2$ Zoll bei Flexion und Abduction der Oberschenkel, bei Abduction und Extension aber nur 6—7 Linien, bei Seitenlage der Leiche nur 3—4 Linien.

Die Beweise waren also sowohl durch die an Frau Souchot vollzogene Operation, als auch durch die Leichenexperimente erbracht, dass der Schamfugenschnitt wirklich eine

Diastase von $2^1/_2$ Zoll ergab, womit man dem Haupteinwand der Gegner entgegentrat. Was den zweiten Einwurf anbetraf, dass keine Heilung erfolgen werde, so wurde dieser theilweise durch Camper's Thierversuch entkräftet. Chandron schreibt in seiner Doctor-Dissertation: „On n'intéresse aucun viscère essentiel à la vie par cette opération, qu'on n'a rejettée que par timidité et sans aucune raison solide surtout d'après l'écartement de 2 pouces et demi qu'a obtenu M. Alphonse le Roy".

Die nächste Symphyseotomie soll 1778 Casper Siebold mit unglücklichem Ausgang für das Kind vollzogen haben (?). Kurz darauf vollzog Desprès dieselbe Operation in Saint-Paul de Léon in der Bretagne abermals an einer Soldatenfrau, Anna Berou; das Kind kam todt bei einer Conjugata von 18 bis 20 Linien bei Vorfall des Armes neben dem Kopfe. Am 3. Tage nach der Operation fand der Operateur seine Operirte am Ofen sitzend!!! Während der Operation hatte sie vor Schmerzen aufgeschrien, im selben Augenblicke riss ihre Mutter den Operateur am Arm, aber derselbe hatte mit einem einzigen raschen Schnitte das Seinige bereits gethan. Schon nach einem Monat ging die genesene Frau in die 1 Kilometer entfernte Kirche zu Fuss und dann zu ihrem Erlöser Desprès zum Mittagessen.

Binnen kurzer Frist wurde die Symphyseotomie zu einer Art Zankapfel, zum Gegenstande eines erbitterten Streites, so dass es zu einer formellen Zwiespaltung unter den französischen Geburtshelfern kam, die sich in 2 Lager schieden, das der Caesarianisten und das der Symphyseotomisten.

Der berühmte Baudelocque trat speciell mit einer Arbeit gegen Sigault's Operation auf („An in partu propter angustiam pelvis impossibili symphysis ossium pelvis secanda?" Paris 1776), indem er nachzuweisen suchte, dass die Kranke infolge der während der Operation stattfindenden Verletzungen wichtiger Organe stirbt, und hinzufügte, dass einem Arzte (Pinard 1892 citirt: „ce pauvre Dr. de Matthiis"), der eine Kranke nach der Symphyseotomie verloren hatte, bei der Section unwohl und er selbst ohnmächtig wurde, als er die fürchterlichen während der Operation stattgehabten Verletzungen und Verheerungen an der Leiche zu sehen bekam. Baudelocque

behauptete, dass man entweder die Mutter auf Kosten des Kindes rette oder aber das Kind auf Kosten der Mutter, wo man aber Mutter und Kind gerettet habe, da sei die Operation unnöthig gewesen und die Geburt wäre ebenso günstig ohne Operation verlaufen. Weiter behauptete Baudelocque, dass bei einer Diastase sogar von weniger als $2^1/_2$ Zoll die Bänder der Hüftkreuzbeingelenke platzen, dass aber andererseits eine Diastase von $2^1/_2$ Zoll bei bedeutender Beckenenge für die Extraction eines lebenden Kindes nicht genügend sei. Dass er persönlich eine Symphyseotomie sub partu ausgeführt, erwähnt er, soviel ich weiss, nicht.

Baudelocque's Anathema wiederholte Frau Lachapelle. Man liess es unberücksichtigt, dass Anton Dubois zweimal an einer und derselben Frau mit allerbestem Erfolge die Symphyseotomie ausführte und dass Gardien sich über diese Operation günstig aussprach. In der Folge verwerfen Paul Dubois und Desormeaux die Symphyseotomie vollständig in Frankreich, Velpeau, Jacquemier und Cazeaux (siehe Pinard) sprechen sich weniger skeptisch aus, wenden sie aber nicht an. Stoltz in Strassburg, der persönlich eine neue Methode dieser Operation als subcutane Pubiotomie vorschlug, hat dieselbe doch nie angewandt sondern dem Kaiserschnitt den Vorzug gegeben, in England folgte man dem Beispiele von Hunter, Osborne Denman, welche die Symphyseotomie verwarfen, und fand dieselbe keinen weiteren Eingang daselbst.

Trotz alledem wurde die Operation doch in Paris innerhalb eines Jahres 6 mal ausgeführt, später (s. Charpentier's: Traité des accouchements, II. Auflage) im Jahre 1778 von Retz in Arras, Bonnard in Hesdin 1783, Brollery in Painspol; Dussausoy in Lyon führte sie 1781 statt des Kaiserschnittes aus; Béclard, Giraud, Dubois, Baudelocque führten sie in Paris aus; letzterer sehr unzufrieden mit derselben verwarf sie alsbald, wie oben gesagt. Desgranges trat 3 mal zu Gunsten der Operation auf, Dussausoy 1781, 1786 und 1788 als der Pariser Streit in Lyon seine Wiederholung fand. Nach Kehrer hat Sigault 4 Symphyseotomien ausgeführt, Mannini in Neapel 3, Cambon und van Münster in

Nymwegen je 2, Siebold in Würzburg, Guerard in Düsseldorf, Groshans in Gertruidenburg, Nagel, Damen in Haag, Lavagnino in Genua, Bolsius in Utrecht, van Wy in Arnheim, Mursinna (1814), Gianni in Mailand, Scotti, Gardien, Stork in Saint-Avould je eine bis 1820. Nach Charpentier führte 1820 Cliet eine Operation aus, 1834 Faure-Biguet eine (nach der subcutanen Methode seines Lehrers Imbert). 1844 beschrieb Lacour („Recherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchement avant terme") eine Operation nach der Methode seines Lehrers Stoltz („la pubiotomie par la section sous-cutanée"). 1847 operirte Marlieurat-Laguemard: die Mutter genas, das Kind starb bald, den gleichen Erfolg hatte August Petit 1854. In Deutschland wurde die Symphyseotomie nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen ausgeführt und wollte nie recht Boden gewinnen, sie führte zudem zu einer sehr scharfen Polemik. Es genüge auf den Aufsatz von Lukas Boogers (Boer) hinzuweisen: „Bemerkungen über die von Herrn Bonnard Guerard an einer Gebärenden in Düsseldorf gepflogene ausserordentliche Entbindungsart hauptsächlich die Schambeintrennung betreffend". Wien 1780). Naegele (d. Aeltere), Kilian, v. Scanzoni verwarfen die Symphyseotomie trotzdem sie von Michaelis 2 mal 1834 und 1835 für das allgemein verengte Becken empfohlen wurde. Michaelis bedauerte, als er in 2 solchen Fällen Mutter und Kind verloren hatte, nicht die Symphyseotomie ausgeführt zu haben.

J. v. Siebold theilt die Anschauung Baudelocque's: rettet man die Mutter, so verliert man das Kind, rettet man das Kind, so verliert man die Mutter; kommen aber beide glücklich davon, so war die Operation unnöthig und die Entbindung wäre auch ohne dieselbe glücklich von Statten gegangen. v. Siebold schreibt: „die Frage ist heute spruchreif", betrachtet die Operation für begraben und endet mit den Worten: „Felix quem faciunt aliena pericula cautum!"

In ganz Frankreich, Deutschland und England verlor die Operation das Vertrauen und ging in Vergessenheit über. So

schreibt Kleinwächter („Die geschichtliche Entwickelung der Geburtshülfe etc.“ Handb. d. Geb. her. von P. Müller. Stuttgart 1888. I. Bd. p. 50—51), dass die französische Geburtshülfe des 18. Jahrhunderts zwei beklagenswerthe Episoden aufweise: die Epoche von Saccombe's: „École anticésarienne“ und die der Symphyseotomie: „Der Erfolg der Sigault'schen Operation erschien anfangs in glänzendem Lichte. Die Facultät liess zu Ehren der beiden Operateure eine silberne Denkmünze prägen. Bald aber stellte sich der Schwindel (!) der ganzen Angelegenheit heraus, indem die früheren Entbindungen der Frau Souchot gar nicht so schwierige gewesen waren, sie eine Blasenfistel behielt, die Symphyse nicht verwuchs und die Frau mit Krücken kaum gehen konnte. Dieser Schwindel wurde von der Fakultät trotz der Opposition Baudelocque's patronisirt“.

In Deutschland wurde nach Kleinwächter die Operation nur 6 mal ausgeführt, darunter 1878 von C. C. v. Siebold. „Selbst noch Ritgen sprach sich 1870 für sie aus.“

„Italien gebührt leider der traurige Ruhm, die unsinnige Operation noch bis heute zu cultiviren. Mangiagalli in Sassari zählt 1883 23 Fälle, die er in dieser Weise operirte.“

Dieses abfällige Urtheil schrieb Kleinwächter 1888, wo die Neapolitanische Schule doch schon eclatante Erfolge aufzuweisen hatte. In der nächsten Auflage dürfte ein anderes Urtheil desselben Autors zu erwarten sein.

Nach Caruso (siehe später l. c. S. 7) erwähnen Martin, Runge, Lusk in ihren Lehrbüchern die Symphyseotomie überhaupt nicht mehr, nur P. Müller, Auvard, Bouchacourt sprechen sich günstiger über dieselbe aus ohne sie jedoch angewandt zu haben.

Fritsch erwähnt die Symphyseotomie (1888) in der 4. Auflage seines Lehrbuches auch nicht; Olshausen und Veit in der 10. Auflage des „Schröder'schen“ Lehrbuches der Geburtshülfe drücken sich ungünstig über dieselbe aus, Winckel (Lehrb. der Geburtshülfe. Leipzig 1889. p. 727) der gegen die Gastro-Elythrotomie sich ausspricht, schreibt:

„Mögen diese Zeilen dazu dienen, dieser Operation recht bald wieder zu einem sang- und klanglosen Begräbniss zu verhelfen, bewahre uns Gott vor ihrem Auferstehen und ihrem noch möglichen Wiederkommen, aber noch mehr die armen Kreissenden mit Beckenenge, welche bei uns Aerzten Hülfe suchen“, und fügt hinzu: „Mit gleichem Wunsche gedenken wir hier noch der Symphyseotomie“.

„Was man sich von ihr versprach, hat sie nicht gehalten, und was man sich nicht von ihr versprach — Verletzungen der Blase, Zerreissung der Art. sacroiliacae, Caries der vorderen Beckenwand — das hat sie in reichem Maasse gebracht; möge sie endlich für immer begraben werden!“

Kehrer erwähnt in seinem 1891 erschienenen Handbuch die Symphyseotomie nur aus historischem Interesse und der Vollständigkeit halber und nennt die Symphyseotomie: „eine Verirrung der Geburtshelfer“. Er erwähnt die ihr allgemein gemachten Vorwürfe der Verletzung der hinteren Beckengelenke, Caries, Blasenverletzungen, secundären Vorfall von Uterus und Scheide, Zerreissungen der Urogenitalorgane, Schädigung des Gangvermögens, der Bewegungen, Schmerzen etc. und sagt, die von v. Scanzoni zusammengestellte Statistik von 65 Operationen ergebe eine Sterblichkeit von 32,3% für die Mütter und 66% für die Kinder (es starben 21 Mütter von 65 und 41 Kinder).

Die Galbiati'sche Pubiotomie, 1841 von Nunziante Ippolito ausgeführt, nennt Kehrer „eine scheussliche Operation“ und endigt mit den Worten: „es wäre dringend zu wünschen, dass derartige Vorschläge in loco nascenti zurückbleiben, oder doch niemals mehr eine derartige Operation inducirten. Jedenfalls ist die Operation nach der jetzigen Entwickelung der Kaiserschnitt-Technik durchaus überflüssig“. Ein so gewiegter Operateur wie Paul Zweifel in Leipzig (Lehrbuch der Geburtshülfe 1881. p. 290) spricht sich ebenso skeptisch aus, aber vor nunmehr 12 Jahren: „Diese Operation gehört zu den obsoleten und wird nur des historischen Interesses wegen überhaupt erwähnt“. Der Zweck der Operation soll eine Vergrösserung der Beckenmaasse sein „diese Idee ist falsch“.

St. Braun schreibt in seinem Krakauer Handbuch „der geburtshülflichen Operationen“ 1891 bezüglich der Symphyseotomie Sigault's, der Pubiotomie von Stoltz und der Pelviotomie von Aitken (Durchsägung beider horizontalen Schambeinäste), die Vergrösserung der Beckenmaasse sei eine ungenügende und seien deshalb diese Operationen der Vergessenheit anheimgefallen.

Krassowski (l. c. p. 626) spricht sich mit Entschiedenheit gegen die Symphyseotomie aus, die weder mit der Embryotomie noch mit dem Kaiserschnitt concurriren könne, erwähnt aber, dass der junge russische College Korsch (Berliner klin. Wochenschrift 1885. Nr. 12. p. 189) auf Grund der Statistik von Harris und seiner eigenen Studien warm für die Operation eintritt.

Kehrer führt nur deshalb die Argumente an, welche die angebliche theoretische Berechtigung der Operation stürzen sollen, um ein für allemal ihrer Wiederauferstehung, „um der Wiederkehr obsoleter Vorschläge in alter oder modificirter Weise vorzubeugen“.

Die Symphyseotomie, schreibt Zweifel, lässt sich theoretisch nicht begründen: 1) weil sie niemals eine genügende Erweiterung des Beckens liefert, 2) weil man nie von vornherein bestimmen kann, um wie viel die Maasse grösser werden nach der Operation, 3) weil die Ileosacralgelenke der Gefahr der Ruptur und Fractur ausgesetzt werden, wenn die Entbindung nach vollzogener Symphyseotomie sich nicht leicht beendigen lässt, 4) selbst die allergünstigsten Erfolge der Operation werden immer ein Pyrrhussieg bleiben, denn die Harnfisteln, Harnincontinenz, Gangerschwerung, Gebärmuttervorfall, Caries der Schambeine und andere schädliche Folgezustände vernichten die nutzbringende Bedeutung dieser Operation. „Es genügte manchem Geburtshelfer, der Studien halber in den betreffenden Jahren Paris besuchte, die Erstgeheilte, die Frau Souchot, nur zu sehen, um für sein Leben lang von der Symphyseotomie abgeschreckt zu werden!“

Von den französischen Geburtshelfern der Gegenwart hat nur Tarnier (siehe später Pinard, l. c.) sich weniger skep-

tisch bezüglich der Symphyseotomie ausgedrückt: „Tarnier, qui cependant a écrit dans le texte qui accompagne l'Atlas de Lenoir, M. Sée et Tarnier, qu'il n'est peût-être pas audacieux ni déméraire de penser, que la Symphyséotomie sera un jour le complément de l'accouchement prématuré“.

Bouchacourt spricht sich auf Grund seiner eingehenden, mit Polosson gemeinschaftlich durchgeführten Leichenexperimente und Studien ebenfalls günstig über die Symphyseotomie aus, ohne sie aber sub partu angewandt zu haben.

Charpentier widmet der Symphyseotomie bereits in der zweiten Auflage seines Lehrbuches der Geburtshülfe 1889 einen eingehenden Artikel (p. 927—932) nebst Beschreibung der verschiedenen Operationsmethoden und einer vergleichenden Statistik.

Die Sterblichkeit der Mütter betrug nach ihm:

bei der künstlichen Frühgeburt		3,9 %	
bei der Craniotomie		5,6	
beim Kaiserschnitt		26,66	
beim Kaiserschnitt in der Hand Leopold's		8,6	
bei der Gastro-Elythrotomie		66,0	
bei der Symphyseotomie	von 1777—1854	37,0	mittlere Sterblichkeit 22,13 %.
	von 1855—1880	9,4	
	von 1877 an (Piccinini)	20,0	

Das Anathema Baudelocque's breitete sich immer mehr und mehr aus und wurde fast allgemein. Nur Italien machte darin eine Ausnahme, denn hier blieb die Operation unter den geburtshülflich berechtigten das ganze Jahrhundert hindurch bestehen und wurde oft genug ausgeführt, sie hat sich gleich von Anfang an das Bürgerrecht erworben und trotz aller Angriffe zu wahren gewusst. Diese Selbständigkeit der italienischen Schule sollte dem allgemeinen Wohle zum Besten gereichen, wie wir sehen werden.

Domenico Ferrara war es, der 1774 schon vor Sigault die von letzterem vorgeschlagene Symphyseotomie zum ersten Male in dem Neapolitanischen Hospital für Unheilbare ausführte, nach ihm Inesi 1779, Personé 1781,

Lavagnino 1781, Giovannetti 1783, Paletta, Mannini, Cattolica 1829, Balocchi 1834, Carbonai 1841 (siehe Charpentier, l. c. II. Auflage des Lehrbuches 1890. Band II. p. 928). In den letzten Decennien sind lebhaft für die Operation eingetreten: Galbiati, der ein eigenes Sichelmesser hierfür angab, Jacolucci, Mangiagalli, Novi, Piccinini, Palasciano, Sogliano, Rossi, Signorini, Giovannini, Ponzetta, Galignani, Cucca, Vincenzo Lauro, Spinelli, vor Allem aber Morisani, der von 1863 an unaufhörlich für diese Operation kämpfte und durch seine unentwegte, auf Ueberzeugung beruhende Standhaftigkeit — isolirt von den Anschauungen aller ausseritalienischen geburtshülflichen Schulen — es schliesslich in der jüngsten Gegenwart so weit brachte, dass die Frage der Symphyseotomie zum Theil schon ihr Bürgerrecht auch ausserhalb Italiens erworben hat, zum Theil wenigstens wieder für discussionsfähig, prüfenswerth erklärt wurde.

Das will viel sagen, wenn wir innerhalb einer Frist von einem bis einigen Jahren eine solche Aenderung der Ansichten über Werth und Bedeutung der Symphyseotomie bei so bedeutenden Klinicisten, wie Zweifel, Leopold, Freund, erleben, wie dies heute der Fall ist. Vergleichen wir die vor wenigen Jahren noch gefällten Todesurtheile über die Symphyseotomie von Winckel, Kehrer, Zweifel u. A. (siehe im Vorhergehenden) mit den heutigen Anschauungen derselben Autoren (siehe später).

Neben Morisani hat hauptsächlich Piccinini versucht, ausserhalb Italiens eine Lanze für die Symphyseotomie zu brechen gegenüber den unverdienten der ihr gemachten Einwürfe, und zwar zunächst im Aerztecongress zu Turin (Lyon Médical. 1874. 25. Octobre. Nr. 22) und im internationalen Congress zu Genf 1876, also vor nunmehr 17 Jahren. [„Della sinfisiotomia esseguita nel metodo sottocutaneo per il Dottore Ettore Piccinini da Asti (Piemonte, Italia)], Mangiagalli, der nach Kleinwächter 23mal, Assalini, der mehrmals mit Glück operirte, Spinelli, der, um für die Sache seines Lehrers Morisani einzutreten, nach Paris reiste, und Caruso.

Gabriel Millot („De l'obstétrique en Italie“. Paris 1882) schreibt, da Galen die Lockerung und Erweichung der Schamfuge in der Schwangerschaft und Geburt bekannt war, sollte man meinen, dass auch der Schamfugenschnitt im Alterthume schon bekannt war. Nach Millot soll Nessi in Italien zuerst („Arte obstetricia“. Pavia 1779. p. 188) die Symphyseotomie erwähnen und Morand: Trat. univ. de Barti (Venezia 1788. p. 197). Girolamo Personé hat 1781 die Operation genau beschrieben, zwei Jahre später gab Giambattista Prattolongo eine Broschüre heraus: „Discorso sulla simfisiotomia preceduto da un brieve saggio sul meccanismo del parto“. Gegen den Operationsvorschlag Sigault's, welchen er im Jahre 1773 in seiner Doctor-Dissertation in Angers vertheidigte, trat als einer der Ersten Vallé auf, indem er behauptete, diese Operation habe durchaus nicht die Lebensrettung zweier Menschen, der Mutter und des Kindes, im Auge, sondern vielmehr den Ehrgeiz des Operateurs. Anfangs sah man in der Proposition Sigault's „une folie d'un jeune accoucheur“. Nach Rossié sollte die Operation für die Mutter oder für das Kind oder für beide tödtlich sein.

In der Folge schlug man die Symphyseotomie vor nicht nur als geburtshülfliche Operation bei verengtem Becken, sondern auch bei räumlichem Missverhältniss sub partu durch Beckentumoren bedingt, bei zu grossem Umfange des Kinderschädels, bei Retroversio uteri. Nach Cazeaux hat die Wissenschaft noch ihr letztes Wort nicht gesprochen über die nützliche oder schädliche Bedeutung des Schamfugenschnittes für das Redréssement des Uterus retroversus. Nach Baudelocque starben von 41 Operirten 14 und nur 13 Kinder von 41 wurden gerettet. Nach Pencheniati und Brugnone (siehe die Arbeit von Bertrandi) rettete man bei 34 Symphyseotomien von 1778—1785, also innerhalb 8 Jahren, 23 Mütter und 11 Kinder.

Rubeska („O symfyseotomii“ Časopis Lékařů českých. 1893. Nr. 1. p. 2) citirt Ludovicus Antonius de Rochefort („Diss. obst. med. inaugur., qua inquisitur, num synchondrotomia pubis sit indicata“. Groeningae 1835), der von 1777

bis 1835 angiebt 63 Operationen mit Rettung von 42 Müttern und nur 23 Kindern. Kilian giebt 1849 an: 65 Operationen mit Rettung von 44 Müttern (67,6%) und 24 Kindern (36,9%), es waren sonach von 1835 bis 1849, also binnen 15 Jahren, nur 2 Operationen hinzugekommen.

Kehrer citirt (l. c. p. 284) die Zusammenstellung von 65 Operationen durch v. Scanzoni; von 65 Müttern starben 21 = 32,3%, von 65 Kindern gingen 41 = 63% zu Grunde.

Assalini trat gestützt auf seine eigenen günstigen Ergebnisse sehr warm für die Operation ein und verlangte sogar, man soll durch ein Gesetz die Accoucheure zu dieser Operation zwingen, resp. veranlassen, sobald die Conjugata vera weniger als 3 Zoll beträgt. („Atti dell'Academia Giviena di Cattania. 1832. VI. 119.)

Palasciano veröffentlichte 1873 einen Bericht aus Novi's Klinik im Hospital für Unheilbare, nach dem bei 26, binnen nicht ganz 6 Jahren vollzogenen Symphyseotomien nicht weniger als 20 Kinder und 21 Mütter gerettet wurden. Diese Zahlen klingen schon ganz anders und doch stammt der Bericht aus einer Zeit vor der heutigen Aera der Wundbehandlung; wie anders klingt diese Statistik schon als jene Baudelocque's, Churchill's, Kilian's, v. Scanzoni's.

Ballochi verlangt 1871 für gewisse Fälle das Bürgerrecht für die Symphyseotomie. Er schrieb schon 1859 (Manuale completo di ostetricia. Milano 1859. p. 639): „La sinfisiotomia, vantata da alcuni con la esagerazione dell'entusiasmo, rigettata da altri dopo un esame poco conscienzioso, ha sollevato scandalose questione, che hanno fatto torto egualmente ai partitanti ed agli avversarii. Communque la maggior parte dei moderni ostetrichi, dopo l'introduzione nella pratica della provocazione pel parto prematuro, riguardi questa operazione per lo meno come inutile, io non posso séguire la loro opinione, giacchè in alcune circonstanze, rare è vero, ma pure possibile e talora anchè frequenti, quando la gravida sia ormai giunta a termine, mi sembra chiamate a recare dei grandi vantaggi". In England, schreibt Millot (l. c.), sprach sich Aitken sehr zu Gunsten der Symphyseotomie aus und gab sogar eine

specielle Säge an zum Zersägen der Schambeine für den Fall der Verknöcherung der Schamfuge. Dieses Instrument ist unter dem Namen Jeffrey's Säge bekannt geworden. Ebenso hat Aitken ein Messer neuer Construction empfohlen, um die Symphyse, von innen nach aussen durchtrennend, und die Harnblase nicht zu verletzen (Principles of midwifery or puerperal medicine. London 1786. p. 77). Sein Verfahren unterscheidet sich wenig von den späteren Verfahren von Stoltz und von Imbert (Bulletins de thérapeutique 1836. XI. p. 275). Ferdinand Carbonai trat mit demselben Vorschlage im Congress zu Florenz auf (Sitzung vom 25. October 1841. p. 684).

Bereits im Jahre 1780 rieth François Canile (Journ. de méd. Paris 1781. XV. p. 74) dem Arzte Antonio Delgado in Andalusien den Schamfugenschnitt an: „sans porter atteinte aux téguments, mais en commençant par dessus le clitoris, ménageant le canal de l'urèthre, après avoir évacué d'abord la vessie et en pénétrant assez avant pour effectuer la séparation des os". —

Galbiati verlor 1832 und ebenso 1841 bei seiner Operation Mutter und Kind, das gleiche Ergebniss hatte Cianflone 1854.

Auf dem Congress in Genf, sowie desgleichen in Wien verwarf man die Symphyseotomie (Annal. un. méd. 1847. CXXIV. p. 506 und CXXV. p. 330).

Cristoforis („La resezione pubica sottoperiostea sostituita alle più gravi operazioni ostetriche". Annal. un. méd. 1858. CLXV. und 1859. CLXVII. p. 15) schlug die Resection der Schambeine vor, aber sein Verfahren soll alle Schattenseiten der Pelviotomie theilen.

Zweifel (l. c. p. 291) erwähnt unter den Modifikationen der Symphyseotomie die subcutane Durchschneidung der Synchondrosis von hinten her („das Messer soll mit flach gehaltener Klinge vom Vestibulum aus eingestochen, dann die Schneide nach vorn gedreht werden"), die Stoltz'sche Durchsägung der Schambeine mittels der Kettensäge und die Resection der horizontalen Schambeinäste von Benno Credé („es soll eine Kettensäge, von einem Schnitt der Haut am oberen

Symphysenrande aus, durch das Foramen obturatum herumgelegt und der horizontale Ast der einen Seite durchgesägt werden. Das gleiche Verfahren soll sich auf der anderen Seite wiederholen und endlich auch mit der Kettensäge quer zwischen beiden Foramina obturata durchgesägt werden, so dass der obere Rand der Symphyse und die zunächst liegenden Partien der horizontalen Schambeinäste wegfallen"). Zweifel macht diesem Vorschlage, abgesehen von zu vermeidenden Nebenverletzungen der Harnröhre und Blase und dem kaum zu vermeidenden Conflict mit der Art. obturatoria, den Einwurf, dass die Resection in den kritischen Fällen keine genügende Erweiterung gebe.

Kehrer (l. c. p. 285) erwähnt Aitken's Durchsägung der queren Schoossbeinäste von 1786, Stoltz's Pubiotomie (Querschnitt über den Schamberg, beiderseits eine Nadel mit Kettensäge bis zum Schoossbogen, herabgeführt und dann das ganze Mittelstück resecirt), Galbiati's Pelveotomie („der an 5 Stellen die Schoossfuge, die seitlichen Enden der queren und absteigenden Schoossbeinäste durchsägen wollte"), welche „scheussliche Operation" auf Galbiati's Rath 1841 von Nunziante Ippolito mit traurigem Ausgange ausgeführt wurde; endlich die subperiosteale Resection der Schoossbeine von Cristoforis 1858.

In allerneuester Zeit sind die Ideen der Pubiotomie, wie wir später sehen werden, von Farabeuf wieder aufgenommen und eine solche Operation mit schrägverengtem Becken mit einseitiger Ileosacralankylose mit Glück von Pinard ausgeführt worden.

Am ausführlichsten hat die frühere Geschichte der Symphyseotomie Bouchacourt in dem Aufsatze: „Pubiotomie" (Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Paris 1889) und neuerdings Desforges (Recherches historiques sur la symphyséotomie" Paris 1892) geschildert. Leider waren mir beide Aufsätze zur Zeit noch unzugänglich.

Im Jahre 1891 wurde Charpentier während eines Besuches in Neapel persönlich mit den dortigen Operateuren und ihren Anschauungen, Methoden bekannt, untersuchte selbst 2

von den Operirten und unternahm, nach Paris heimgekehrt, alsbald den ersten Versuch, diese längst vergessene Operation in Frankreich wieder zu rehabilitiren.

Mit welchem Erfolge, sehen wir daraus, dass die Frage auf der Tagesordnung des nächsten Deutschen Gynäkologencongresses zur Discussion bestimmt ist und aus rasch angewachsener Casuistik der Symphyseotomien ausserhalb Italiens seit 1891.

Pinard, der sich sofort lebhaft für die Sache interessirte und theoretische und experimentelle Untersuchungen an der Leiche vornahm, unterstützt von den Weisungen Spinelli's der speciell zu diesem Zwecke nach Paris gekommen war, und den Bemühungen von Varnier und Farabeuf hat binnen kurzer Frist nicht weniger als 13 Symphyseotomien mit Glück in seiner Klinik vollzogen, sowie eine Farabeuf'sche Pubiotomie, Tarnier, Porak und Andere folgten, bald erschollen auch aus deutschen Gauen befriedigte Stimmen über die Symphyseotomie, Leopold, Freund, Wehle, Zweifel gingen zuerst an Lösung der interessanten Frage heran, bald folgte Oesterreich, Russland mit Finnland, Nordamerika dank dem von Harris ausgegangenen Impulse, Rumänien, England, Brasilien, ja sogar Havanna dem Beispiele Pinard's, der zuerst ausser Italien die ehemaligen Urtheile und Vorurtheile einer neuen Prüfung unterzog und es wagte, auf Grund seiner eigenen Ergebnisse der allgemeinen Stimme, welche die Symphyseotomie längst begraben wissen wollte, entgegenzutreten.

Die Resultate sind im Vergleich mit denen der Embryotomie und des Kaiserschnittes bei bedingter Anzeige so glänzende, dass man schon heute der wiederauferstandenen Symphyseotomie das allgemeine Bürgerrecht voraussagen darf, den Italienern aber wissen wir Dank für die bewiesene Selbständigkeit im Denken und Handeln, im Thun und Lassen, vor allem aber dem Vorkämpfer der Sache, Morisani oder Apostel der Symphyseotomie, wie ihn Einige nennen. Morisani hat eine ganze Reihe diesbezüglicher Aufsätze veröffentlicht:

1) 1863: „Dei restringenti del bacino u. s. w.“ Napoli 1863, tesi di concorso.

2) „Sulla sinfisiotomia“ (Annali di Ostetricia. Milano 1881.

p. 615). [Bericht über den Vortrag Morisani's im Internat. Congress zu London. Annales de Gynécologie. Paris 1881. Tome XVI. p. 440.]

3) „Ancora sulla sinfisiotomia". Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. 2. a. Riunione Annuale, Roma. (Annali di Ostetricia. Anno VIII. 1886. p. 345—391.)

4) „Sempre della sinfisiotomia, due novi casi non commenti". Ibid. 1888. p. 448—450.

5) „Sulla sinfisiotomia". Riforma Medica. Napoli 1892. Part. I. VIII. p. 709—713, siehe auch französisch: Annales de Gynécologie. Paris 1892. XXXVII. p. 241—251.

Novi hat 1881 zwei Statistiken veröffentlicht, die eine vom 1. Januar 1868 bis 26. September 1872, die zweite vom 1. October 1871 bis 5. September 1880, beide zusammen umfassen 52 Operationen.

Morisani hat ausser dem Vortrage in London 1886 drei Statistiken publicirt, deren erste allerdings bei weitem nicht vollständig ist, hat doch Harris allein 33 Fälle aus jener Zeit gesammelt, die Morisani unbekannt geblieben waren.

Morisani's erste Statistik umfasst 80 Operationen vom 1. October 1877 bis October 1858; die zweite 50 Operationen vom Jahre 1860—1880; die dritte 18 Operationen vom Jahre 1881—1886.

Endlich hat Spinelli, sein Schüler, 24 Fälle von 1888 bis zum Juni 1891 zusammengestellt, zusammen sind das 172 Fälle bis 1891. Diese Statistiken umfassen die frühere Geschichte der Operation bis einschliesslich der Operationen, die Novi zusammengestellt hat; dazu kommen noch 33 von Harris gesammelte Fälle vor 1866, zusammen 205 Symphyseotomien älteren Datums von 1774 bis 1886.

Möge es uns gestattet sein, ehe wir auf die allerneuesten Erlebnisse der Symphyseotomie eingehen, zunächst theilweise den hochinteressanten Aufsatz Charpentier's beizubringen.

Charpentier [„De la Symphyséotomie". Extrait du Bulletin de l'Académie de Médecine (Séances du 15 et du 22 Mars 1892. 36 pp.)] beginnt mit einer historischen Skizze, die bereits berücksichtigt wurde, und schreibt:

„Dank der Antisepsis und Asepsis hat heute die puerperale Sterblichkeit der Mütter so sehr abgenommen, dass heute das Wochenbettfieber, die puerperale Septicämie, fast aus den Krankenbögen unserer Kliniken verschwunden ist, dass wir derselben höchstens in vereinzelten Fällen begegnen, dass heute keine Rede mehr ist von Puerperal-Epidemien, die einst in den Kliniken und auf dem flachen Lande die Zahl der Wöchnerinnen decimirten, dass der Procentsatz der Sterblichkeit heute auf ein Minimum gesunken ist. Die Schwangere erwartet heute ihre Entbindung ohne die Angst und den Schreck von dermalen. Aber es bleibt uns Geburtshelfern doch zuweilen noch eine schwierige Aufgabe beschieden: leider bringt heute noch so manche Mutter bei verengtem Becken das eigene Leben der Geburt des Kindes zum Opfer!"

„Wir unterscheiden bei jeder Beckenverengerung 2 Kategorien von Fällen:

1) So lange die Schwangerschaft noch nicht den Termin der Reife der Frucht erreicht hat, haben wir eine mächtige Aushülfe in der künstlichen Frühgeburt. Das Kind kommt alsdann spontan, mit Zange oder Wendung, aber immerhin lebend zur Welt, welches zweifelsohne am normalen Schwangerschaftsende den deletären Folgen der Beckenverengerung erlegen wäre. Weiter schützt die künstliche Frühgeburt die Mutter vor all' den Folgen einer schweren protrahirten Geburt, vor Verletzungen der Geburtswege, indem sie den mechanischen Geburtserschwerungen ausweicht.

2) Sobald die Schwangerschaft ausgetragen ist und die Geburt weder durch Wendung noch durch Zange zu erledigen ist, bleibt uns keine andere Auswahl als Kephalotrypsie oder Embryotomie mit nachfolgender Extraction oder Sectio caesarea. Bei Beckenstenose von 9—8 cm Conjugata vera liefert die künstliche Frühgeburt mit Sicherheit ein für Mutter und Kind günstiges Resultat, sobald die allgemeinen Cautelen gewahrt werden. Bei Verengerungen von 8—$7^1/_2$ cm überwiegt die Zahl der günstig verlaufenden Fälle noch sehr bedeutend, bei Verengerungen aber unterhalb $7^1/_2$ cm kehrt sich das Verhältniss leider um. Und was die Mutter anbetrifft, so gestalten sich die räumlichen Missverhältnisse manchmal so unangenehm, dass im Auslande heute schon oft zum Kaiserschnitt deshalb gegriffen wird, der heute nicht mehr als eine Operation „de nécessité" betrachtet wird, sondern als eine Operation „du choix", d. h. bei relativer Anzeige. Solcherart sind die heute in Amerika, Deutschland, Holland und selbst England maassgebenden Principien."

„Die Kephalotrypsie wurde früher je nach dem Lande mit Kephalotrypter oder Kranioklast ausgeführt, heute sind diese Instrumente fast ausschliesslich durch Tarnier's Basiotribe verdrängt und die Sterblichkeit der Mütter ist theils dank diesem Instrument, theils dank der Antisepsis bei dieser Operation fast gleich Null geworden. Freilich ist allemal das Leben des Kindes dem der Mutter zum Opfer gefallen."

„Der Kaiserschnitt: Diese Operation, früher ein Ergebniss absoluter Anzeige, heute aber relativer, wurde früher bei Beckenverengerung unterhalb 6 oder $5^1/_2$ cm angewandt, heute wird sie im Auslande bei einer Conjugata von 7, ja $7^1/_2$ cm ausgeführt.“

„Trotzdem man in Frankreich bisher den Kaiserschnitt für eine Ausnahme-Operation ansah, so wächst doch jetzt hier seit einigen Jahren die Zahl seiner Anhänger, es genüge Tarnier, Bailly, Guéniot, Porak, Bar anzuführen. Immerhin bleibt leider, trotz aller von Sänger und Leopold eingeführten Verbesserungen, der Kaiserschnitt immer noch eine sehr ernste Operation, als Beweis möge die Statistik Leopold's gelten, der bis 1890 von 28 Operirten 3 verlor (also 8,6% bei einer Sterblichkeit der Kinder von 0%).

Das Ideal unserer Bestrebungen wird eine für Mutter und Kind gefahrlose Operation bleiben. Existirt eine solche heute? Ganz sicher nicht. Wird sie überhaupt je existiren? Die Wahrscheinlichkeit ist sehr gering. Aber es existirt eine Operation, die, eine französische Erfindung, anfangs mit grenzenloser Begeisterung aufgenommen, bald in Frankreich total in Vergessenheit gerieth, welche aber, in Italien wieder auferstanden, heute in den Händen der italienischen Geburtshelfer so glänzende Resultate liefert, dass ich es heute für angezeigt erachte, die Aufmerksamkeit der französischen Geburtshelfer auf dieselbe zu lenken, es ist die Symphyseotomie.“

„In Italien hat de facto die Symphyseotomie stets ihre Bürgerrechte gehabt und behalten, wenn auch nur für Ausnahmefälle. Heute aber breitet sie sich dank den Erfahrungen der italienischen Geburtshelfer immer mehr und mehr aus.“

„Ich komme soeben aus Neapel zurück, habe die Vertreter der dortigen Schule und ihre Ansichten kennen gelernt, einige der Operirten untersucht. Persönlich konnte ich die angepriesenen Erfolge prüfen und bestätigen und deshalb gerade lege ich Ihnen, verehrte Collegen, meinen, wenn auch etwas zu ausführlichen Bericht vor.“

„Werden durch den Schamfugenschnitt die Beckenmaasse einer Erweiterung fähig?“

Als Antwort führe ich die Ergebnisse von Bouchacourt's eingehenden Studien an: „„Nach Symphyseotomie an der Leiche sehen wir, dass die Vergrösserung der Beckenmaasse vom Alter des Individuums abhängt, von dem früheren oder späteren Operiren nach dem Moment des Todes, von der Lebensepoche der verstorbenen Frau (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett). Weiter spielen die physiologischen und individuellen Eigenheiten, Prädisposition des Individuums, Charakter und Grad der Beckenenge eine Rolle ganz abgesehen von pathologischen Veränderungen: theilweiser oder vollkommener Ankylose der ileosacralen Gelenke der Schamfuge, die oft genug bei älteren Frauen angetroffen wird, namentlich bei gewissen pathologischen Beckenformen (schräg verengtes und kyphotisches Becken).

„Nimmt man die allergünstigsten Bedingungen nach vollzogener Symphyseotomie, bei einander genäherten Schenkeln ohne Druck auf die Hüftkämme, so geht die Schamfuge auf 6—8 mm auseinander, bald etwas mehr, bald etwas weniger; bei Flexion aber der Schenkel auf den Leib zu selbst ohne Druck auf die Hüftkämme in der Richtung nach aussen und ohne Durchschneidung der Bandmassen, des Periostes und der Muskeln kann man ohne die Gefahr der Beschädigung, Zerreissung oder Diastase der ileosacralen Gelenke die Schamfuge bis auf 4—5, ja selbst 6—8 cm zum Klaffen bringen nach einigen Autoren (Girard und Ansiaux, besonders wenn man sehr bald post mortem operirt und das Individuum ein geschwächtes oder sehr junges war.““

„Aus den Untersuchungen von Baudeloque, Desgranges, Camper, Géraud, Ansiaux, der Frau Lachapelle, Pétrequin, Bouchacourt, Jaboulay's und endlich Polosson's geht hervor, dass auf jeden Centimeter Diastase der Schambeine eine Verlängerung der Conjugata von 2 mm sich ergiebt. Wenn man also die Diastase auf 5,6 bis 8 cm treibt, die äusserste gefahrlose Grenze, so vergrössert man die Conjugata wenigstens um 15 bis 16 mm.““

„En outre,“ fährt Charpentier fort, „si comme on l'a démontré, la bosse pariétale, antérieure, par sa situation au détroit supérieur, part s'engager dans le vide inter-pubien, le diamètre bipariétal se trouve diminué d'autant, c'est-à-dire de 5 à 6 millimètres au moins dans le sens antéro-postérieur, à plus forte raison, si l'enfant, venant la face en dessus, le diamètre bitemporal pouvait, comme cela s'est vu, s'y engager lui-même“. „Die Schrägmaasse, vor allem aber die Quermaasse werden noch mehr verlängert werden. Die Vergrösserung der biiliacalen Querdurchmesser in der ganzen Höhe des Beckens erreicht die Hälfte des Maasses der Schamfugendiastase, die Verbreiterung aber des Schambogens erreicht fast den Grad der Diastase.“

„Die Schrägmaasse erweitern sich etwas mehr, als das Sagittalmaass, aber nicht so regelmässig angesichts der Erhebung der Bauch- und Bindegewebsmassen, die auf den Ileosacralfugen lagern, welche ihren hinteren Messpunkt darstellen. Was den Durchmesser zwischen den Spinae ischii anbetrifft, so kommt ihr Auseinandertreten fast der Schamfugendiastase gleich mit einer kleinen Differenz nur, welche von einer grösseren oder geringeren Neigung der Sitzbeinhöcker und der Rami ossium ischii ascendentes, der Rami descendentes ossium pubis abhängt. In einem der nach meinen Angaben von Polosson aufgenommenen Schemata erreichten wir auf 4 cm Schamfugendiastase ein Auseinanderweichen der Spinae ossium ischii um 3 cm, bei 8 cm entsprechend um 62 mm, also eine ganz bedeutende, schlagende Erweiterung des Quermaasses daselbst. Ausserdem erheben sich die vorderen Enden der Hüftbeine constant etwas nach vorn proportional der Schamfugendiastase, bei Diastase von 6 cm sahen wir ein nach vorn und oben Gerücktsein der vorderen Hüftbeinenden um 10 mm,

wie man dies auf der 2. Tafel der letzten Auflage des Lehrbuches der Geburtshülfe von Baudelocque [1844. (Tome II. pl. XV et XVI)] sieht"" (Bouchacourt).

„Man darf es nicht verschweigen, dass gemäss den Leichenstudien bei übertriebener Schamfugendiastase zuweilen Dehnung und Zerreissung der Bandmassen vorn an den Ileosacralgelenken eintritt, oft sogar mit Abreissung von Knochenfragmenten. Weiter soll gezeigt werden, welche Grenzen man an der Lebenden nicht überschreiten soll. Die Hauptsache aber ist und bleibt, dass nach Symphyseotomie an der Leiche alle Beckendurchmesser sich erweitern und dass aus dieser Erweiterung natürlich ohne geometrische Genauigkeit gewisse Anzeigen für die geburtshülfliche Symphyseotomie bei verengtem Becken sich ergeben."

„In jüngster Zeit hat es mein College Pinard übernommen mit seinem Assistenten Varnier und Professor Farabeuf an 2 Becken die Angaben Bouchacourt's zu controlliren: an einem verengten und einem normalen, deren eines einer älteren Frau ausserhalb der Wochenbettsperiode angehörte, das andere einer post partum verstorbenen Wöchnerin. Pinard kam zu folgenden Schlüssen:

1) Die Erweiterung der Beckenmaasse ist nicht nur möglich, sondern bedeutend.

2) Eine in vernünftigen Grenzen nach der Symphyseotomie gehaltene Spreizung der Schamfuge ruft keine Schädigungen hervor ausser Ablösung der vorderen ileosacralen Bandmassen.

So wurde bei einer Conjugata von 10,8 cm durch Spreizungsdiastase bis auf 6 cm die Conjugata auf 12,2 cm, also um 14 mm vergrössert. Die Ileosacralgelenke klafften vorn, die hinteren Bänder aber blieben intakt, die vorderen Bänder waren dabei nicht zerrissen, sondern nur abgelöst von der Vorderfläche der Hüftbeinenden. In einem anderen Falle bei Diastase von nur 3 cm waren die vorderen Bandmassen nicht einmal abgelöst.

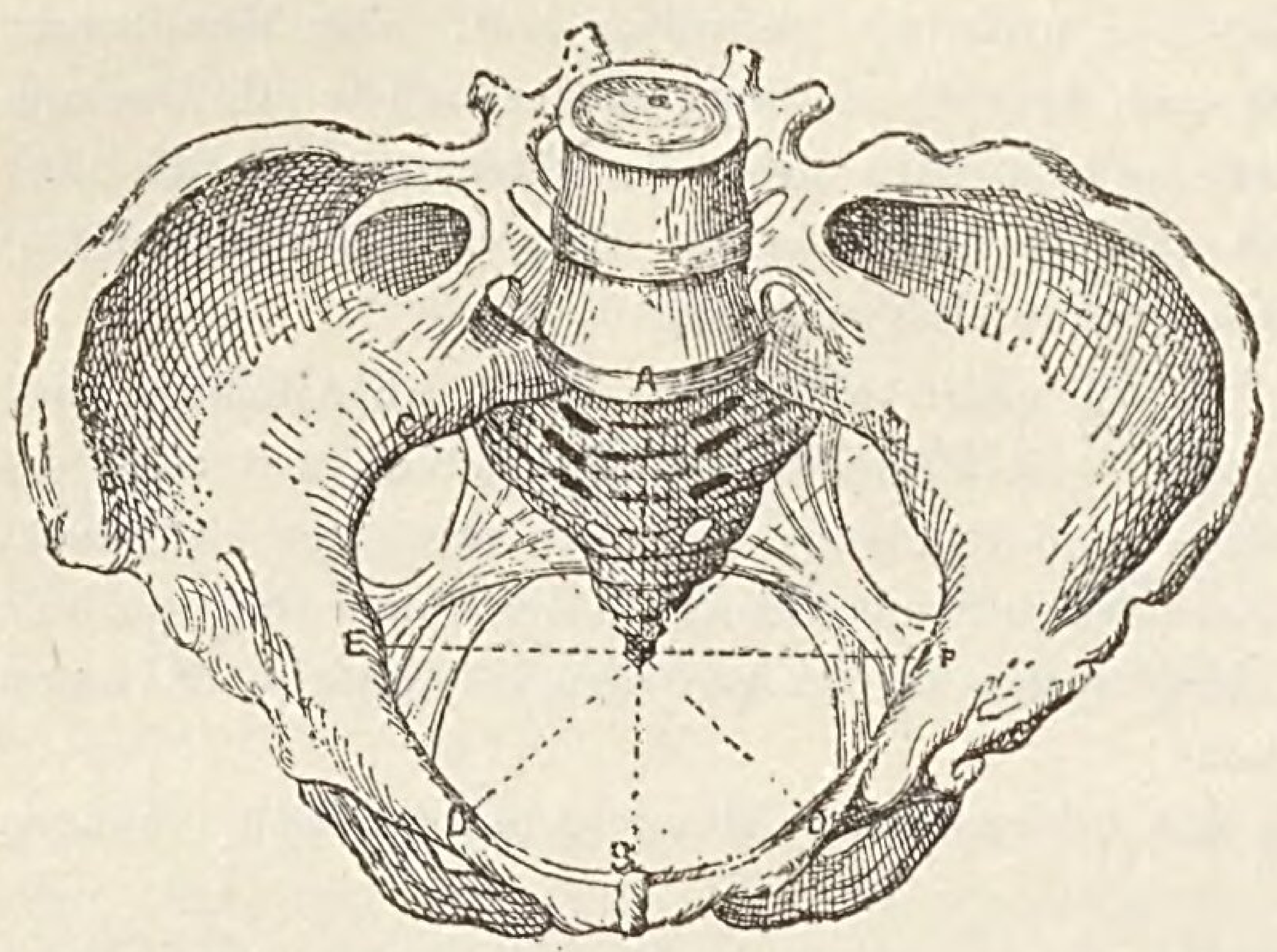
Gleich diesen Autoren behaupten auch Novi, Morisani und die Italiener allgemein, dass das Becken durchaus in allen Durchmessern oben und unten erweitert werde (was ja eigentlich selbstverständlich ist)."

„Weiter legt besonders Morisani darauf Gewicht, dass, sobald der Schnitt geschehen ist, die Conjugata vera doch eigentlich in Fortfall kommt und wir statt ihrer 2 schräge Maasse haben, die die Mitte des Vorberges mit den vorderen Schambeinenden verbinden. Diese vorderen Schambeinenden aber treten nicht nur auseinander, sondern erheben sich auch nach vorn und oben proportional der Diastase. Die Erweiterung des Beckens ist also eine ganz bedeutende und es kommt nach Morisani nur darauf an, den Kopf in das vordere Segment des Beckens zu bringen, welches entsprechend dem Grade der Diastase immer weiter wird (siehe Fig. 1—4)."

„Methodik der Operation: Nur die Hauptmethoden seien erwähnt. Die ursprüngliche Methode von Sigault; die Methode von

Alfonse Leroy; die subcutane Methode; die Symphyseotomie mit Durchtrennung des Knochens oder Pubiotomie; die subperiosteale Pubiotomie; die Ollier'sche präventive Symphyseotomie. Wegen aller Details dieser Verfahren sei auf Bouchacourt's Arbeit verwiesen. Heute seien nur die neueren Methoden berücksichtigt. Galbiati wandte ein Sichelmesser an, Falcetta di Galbiati nach ihm benannt, welches mit einem Messerzuge von innen nach aussen, von unten nach oben zu unter dem Lig. triangulare angesetzt, die Schamfuge-Bänder und Knorpel spaltet."

Fig. 1.



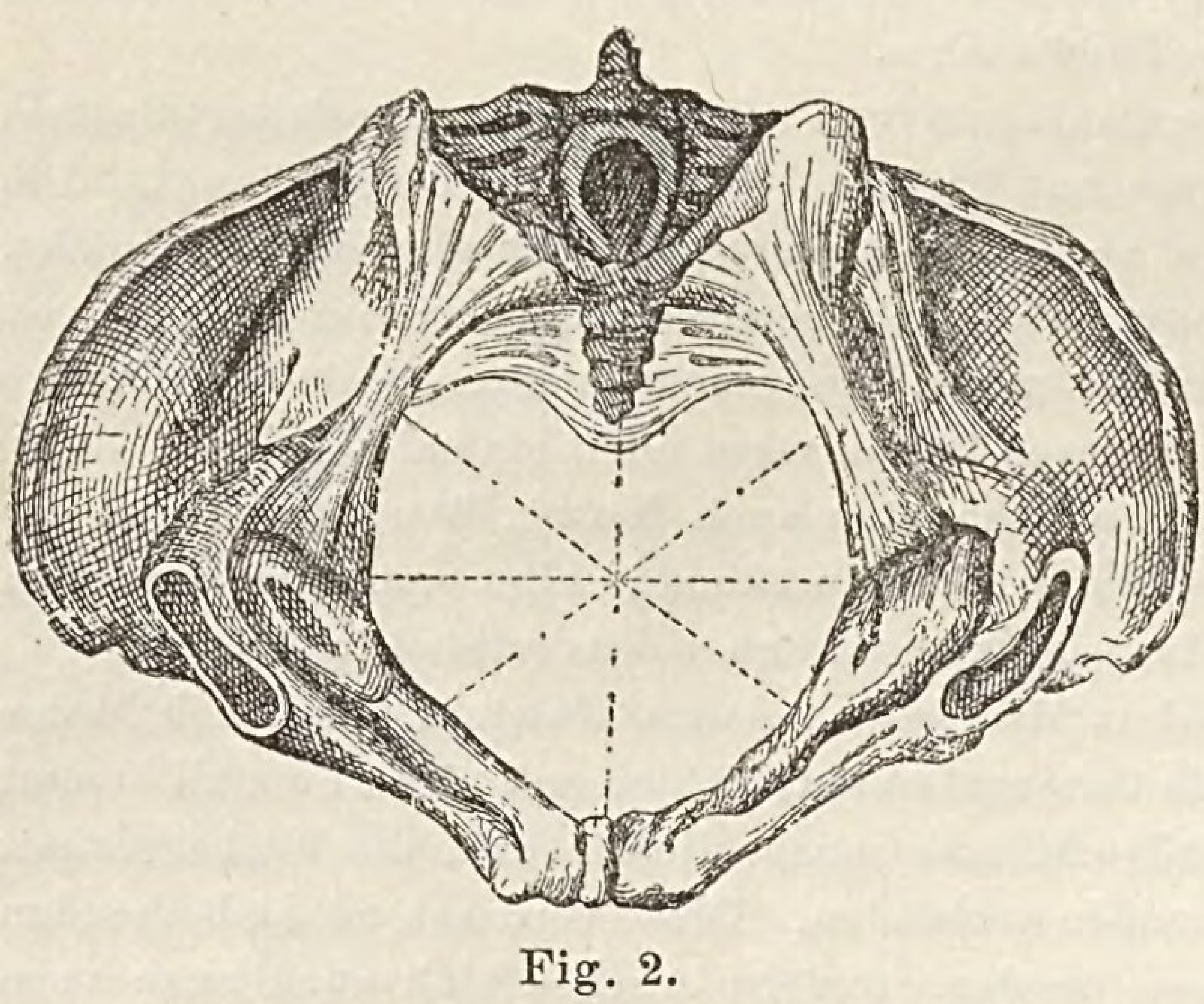


Fig. 2.

Fig. 1 und 2: Introitus et exitus pelvis.
AB = Conjugata vera, *EP* = Diameter transversa, *CD* = Diameter obliqua.

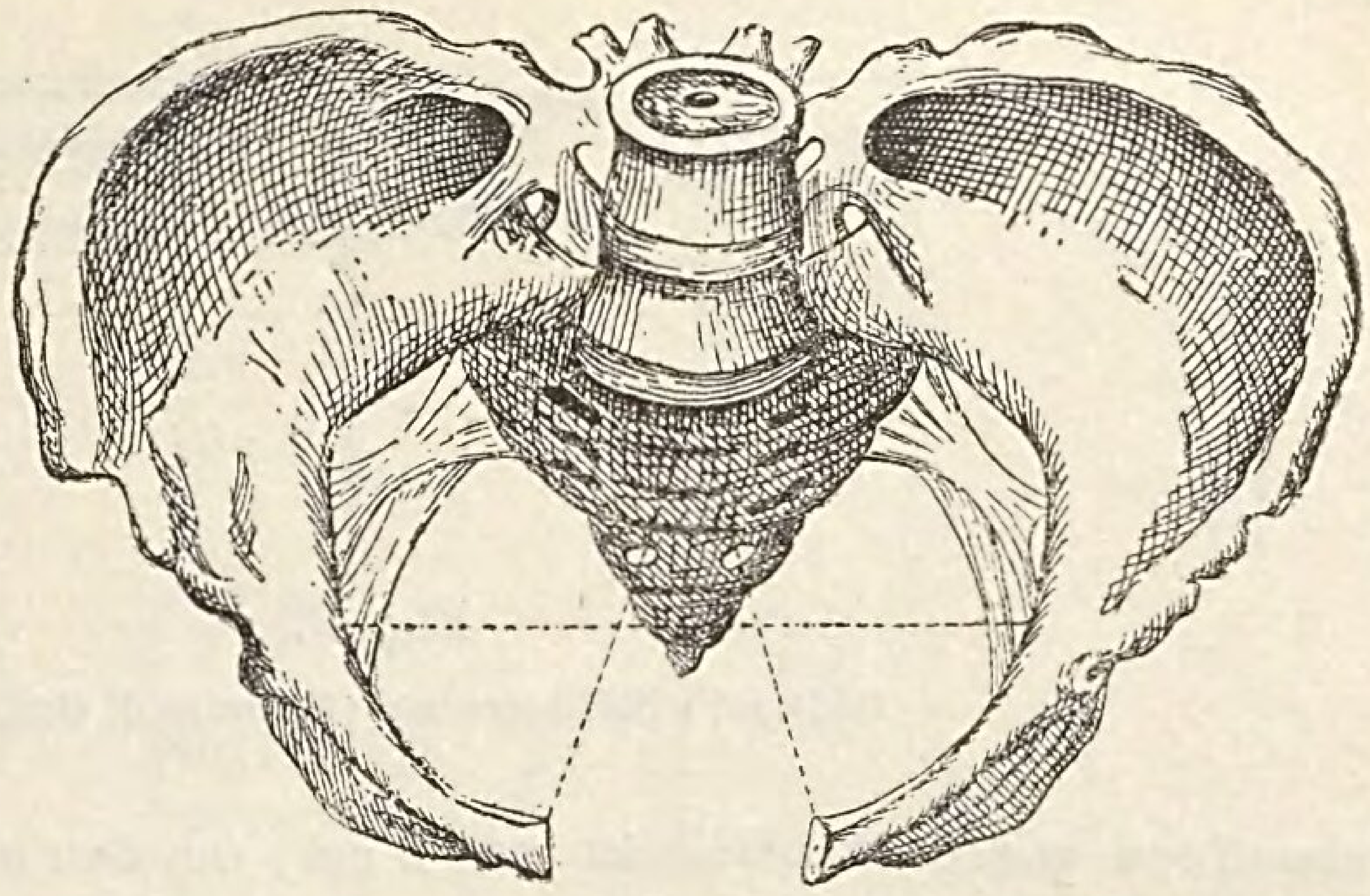
„Diese italienische von Novi, Martini, Morisani angewandte Methode hat Carbonai modificirt. Und zwar beginnt er mit einem queren Hautschnitt von 3 cm oberhalb der Schamfuge, führt dann von dieser Hautwunde aus von oben nach unten zu ein Bistouri mit schmaler gerader Schneide, auf festem Griff eingesetzt, in der Richtung der Schamfuge ein, schiebt dies Messer flach liegend unter der Haut herab bis zum unteren Ende der Schamfuge, dreht dann die Schneide gegen den Knorpel zu und durchschneidet die Schamfuge mit leicht sägenden Bewegungen. Piccinini durchschneidet die Weichtheile von unten nach oben zu, indem er den Schnitt dicht über dem Ansatz der Clitoris beginnt,

durchschneidet dann Bänder und Schamfuge wie Carbonai, aber in umgekehrter Richtung, von oben nach unten zu.

Novi beschrieb 1881 sein Verfahren: „La sinfisiotomia rifugiata presso la Scuola Napolitana" (Napoli 1881).

„„Der Operateur steht zwischen den Schenkeln der Frau, beginnt mit einem senkrechten Längsschnitt (mit gebauchtem Bistouri) in der Mittellinie, der Schnitt beginnt 1 cm oberhalb der Schamfuge, ist etwa 3 cm lang und durchsetzt alle Weichtheile bis auf die Symphyse."

Fig. 3.



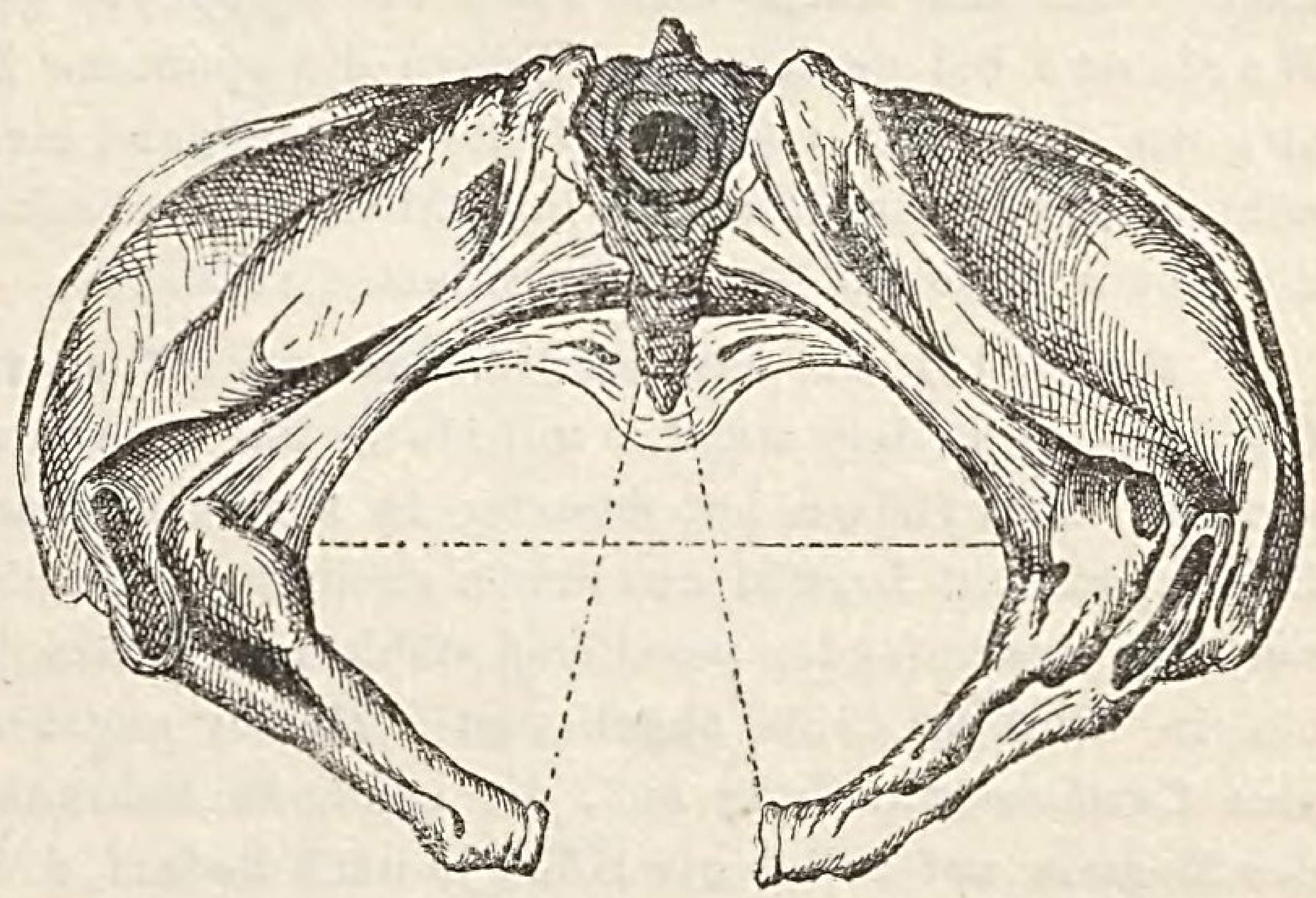


Fig. 4.

Fig. 3 und 4: Erweiterung der Beckenmaasse nach Schamfugenspaltung.

Dann sucht man mit dem linken Zeigefinger das Grübchen am oberen Schamfugenrande auf und legt es mit einem geknöpften Bistouri bloss. Hierauf wird das Bistouri an der Hinterfläche der Symphyse bis zu deren unterem Rande eingeführt, die Concavität nach vorn gedreht, also die Schneide und indem der scharfe concave Rand des Messers der hinteren Symphysenfläche anliegt, werden mit einem Zuge von unten nach oben zu Bänder und Knorpel gespalten. Ein deutlich wahrnehmbares Geräusch, Gefühl geschwundenen Widerstandes und das Auseinandertreten der Schambeine zeigt den fertigen Schnitt an. Nach vollendeter Entbindung drängt der Operateur die Schambeine bis zum Contact aneinander, vernäht die Hautwunde und legt eine Spica-Bindentour um das Becken, um sowohl den Verband als auch die Beckenknochen zu fixiren. Absolute Bettruhe. 2 mal täglich (?) Verband

der Wunde, die Kranke darf vor dem 40. oder 50. Tage nicht aufstehen, das heisst erst nach vollendeter Consolidation des Beckenringes.

Morisani hat 1881 in seiner (für den Londoner Kongress bestimmten Arbeit) sein Verfahren so geschildert. Er benützt die Falcetta von Galbiati (siehe Fig. 5), ein gekrümmtes, geknöpftes, an der concaven Seite schneidendes Sichelmesser, Messer dickbauchig, Stiel dünn. 1 cm über der

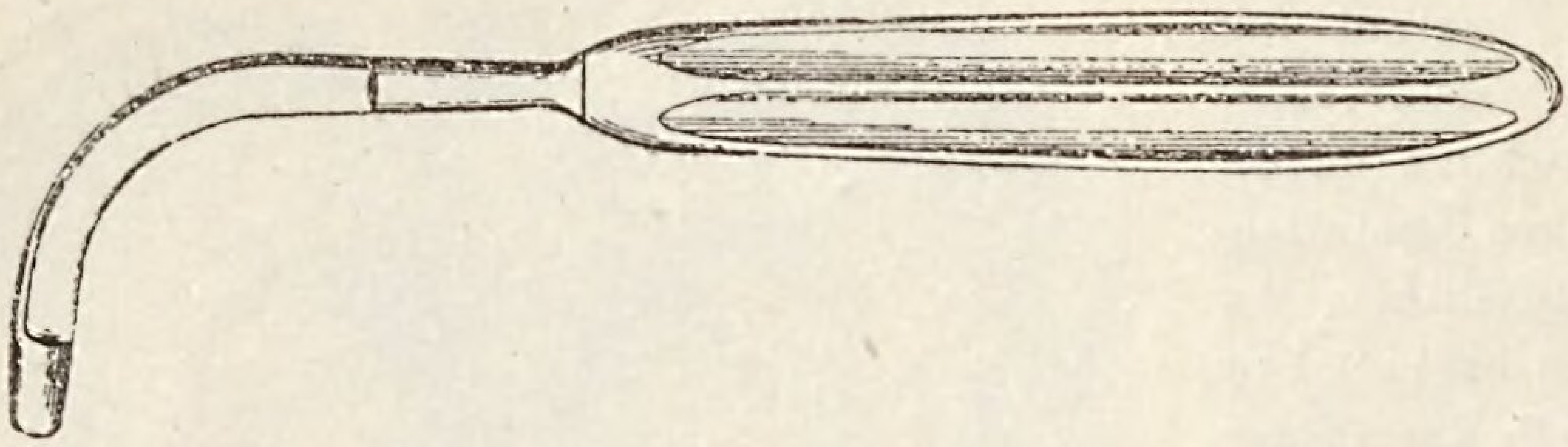


Fig. 5.
Galbiati's Sichelmesser (Falcetta di Galbiati).

Schamfuge querer Hautschnitt von 3 cm, um den oberen Rand der Schamfuge blosszulegen, dann wird das Messer längs der hinteren Schamfugenfläche bis zu deren unterem Rande herabgeführt und mit einem Zuge von hinten nach vorn und unten nach oben die Symphyse gespalten. Dann wartet Morisani bei genügenden Wehen die spontane Beendigung der Geburt ab, wo dies nicht angeht, Wehen ungenügend etc. Forceps. Dann Vernähung der Hautwunde und immobilisirender Verband um das Becken für die ersten Tage mit Gyps oder Silicaten verstärkt.

Spinelli hat ein sinnreiches guillotinenartiges Messer für diese Operation erfunden, welches mit einem Ruck die Symphyse in ganzer Länge spaltet. Matthieu hat dasselbe in 3 verschiedenen Grössen angefertigt. Das Instrument besteht aus einem stählernen, vernickelten Handgriff mit 2 von ihm auslaufenden parallelen stählernen Armen, zwischen denselben ist ein in schräger Linie abgekantetes Messer angebracht. Die Basis weist eine Centimetertheilung auf, die geflügelte Schraube dient zum Einstellen des Messers auf beliebiger Höhe je nach Bedarf, d. h. Höhe der Symphyse, um bei dem Schnitt nicht die Clitoris oder Blutgefässe zu verletzen. Die Breite des Instrumentes, d. h. Abstand der Stahlstäbe muss natürlich eine verschiedene sein, für verschieden dicke Schamfugen. Die Basis des Instruments weist eine Schraube auf und sitzt auf dem stählernen vernickelten Handgriff. Die Anwendung ist sehr einfach. Nach vollendetem Hautschnitt über und vor der Schamfuge, stellt man das Instrument gleichsam reitend — à cheval — genau über dem Schamfugenknorpel auf, nachdem man vorher das Guillotinenmesser auf die Höhe der Symphyse eingestellt und die Schraube fixirt hat, die Schneide also nach unten gerichtet. Ein einziger kräftiger Schlag mit der Hand auf den Griff und die Symphyse ist ohne Gefahr sofort gespalten."

„Pinard schildert sein eigenes Verfahren so: „„Ich verwerfe durchaus nicht die gewöhnlich gebrauchten Osteotome, halte sogar dafür, dass man stets ein solches für alle Fälle bei der Hand haben soll. Aber ich meine, dass ein gewöhnliches Bistouri, mit kurzer, kräftiger und ziemlich dünner Klinge für den Schnitt genügt und meistentheils mehr für sich hat, als ein spezielles Osteotom.

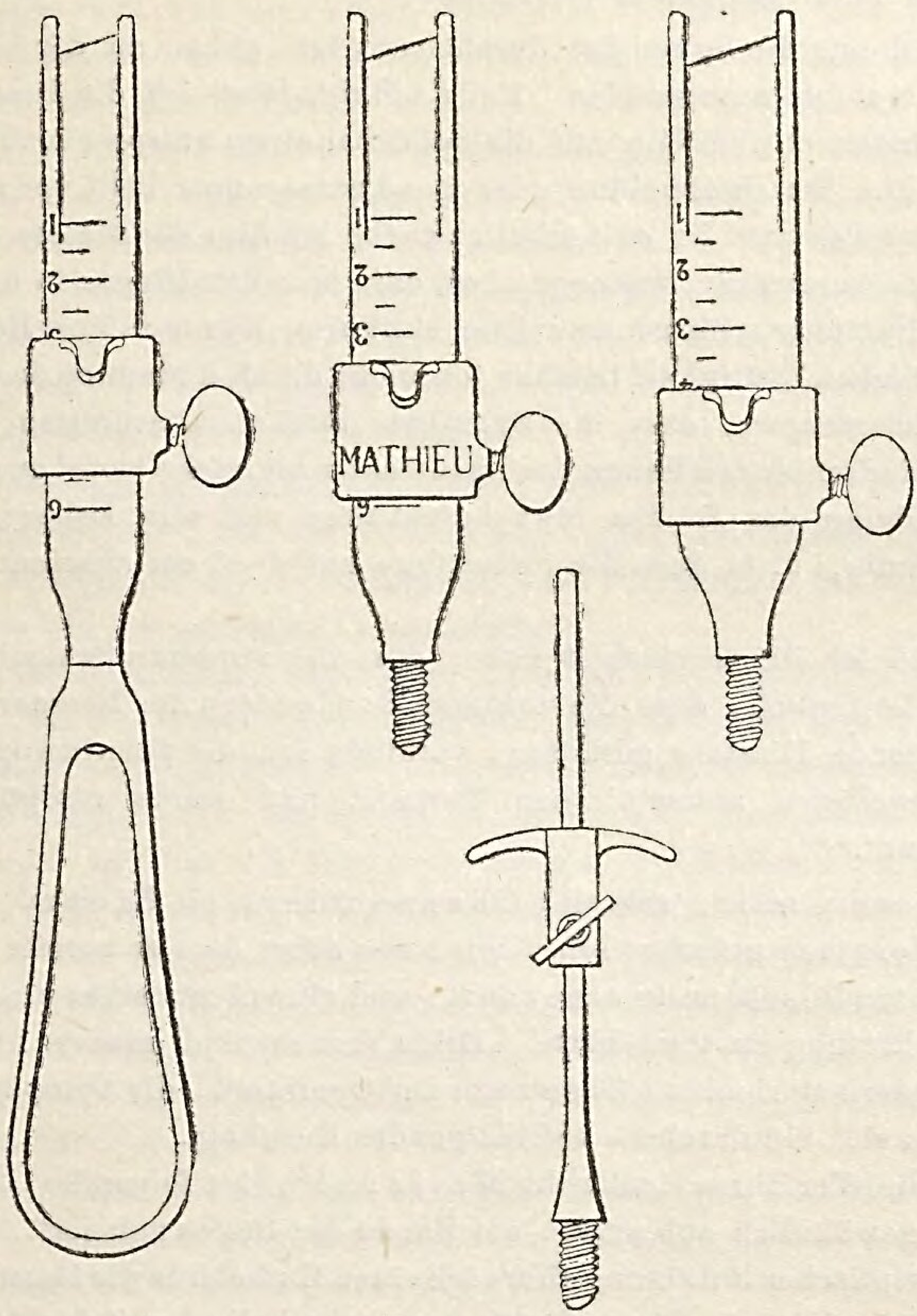


Fig. 6.

Symphyseotom von Spinelli, von Matthieu in Paris gefertigt.

Nach gehöriger antiseptischer Vorbereitung aller Instrumente und der Kreissenden, lege ich dieselbe in erhöhter Steissrückenlage an der Kante eines nicht allzuhohen Bettes vorn ruhend hin, nicht allzuhoch, um mit dem Auge genau die Mittellinie für den Schnitt controlliren zu können. Ich stelle mich auf der rechten Seite der Frau auf, dicht neben ihr. Nach Rasiren der Behaarung und farbiger Bezeichnung der Mittellinie, durchschneide ich die Haut und das Unterhautfettgewebe, das Messer schräg

haltend, immer die Mittellinie streng einhaltend. Eine Länge des Schnittes von 8—10 cm genügt meist, er reicht bis dicht über die Clitoris herab und weicht hier etwas zur Seite ab, um nicht die Clitorisgefässe zu verletzen. Darauf löse ich die Recti abdominis in der obern Wundhälfte um den Finger in das Cavum praevesicale zu bringen und die Harnblase zu decken. Dann erst durchschneide ich die Schamfuge von oben nach unten und von vorn nach hinten zu mit einigen Messerzügen.

Sobald nur die Symphyse durchtrennt ist, gehen an der Leiche die Schambeine sofort auseinander. Falls nöthig, lasse ich die Diastase vergrössern, indem 2 Gehülfen auf die Schenkel einen entsprechenden Druck ausüben. Die Durchschneidung der Bandmassen unterhalb der Symphyse lasse ich bis zuletzt. So weit möglich suche ich hier das Messer durch die Fingerspitze zu ersetzen, verlange aber, dass man den Finger in der ganzen Höhe der Symphyse hinter derselben einführen könne. Vor Beginn der geburtshülflichen Thätigkeit bemühe ich mich, durch Abduction der Schenkel mich zu überzeugen, dass die Symphyse total durchschnitten ist, dass keinerlei Hinderniss von Seiten der Bandmassen etc. mehr bestehen, wodurch die Austreibung des Kindes etwa aufgehalten und sein Leben gefährdet werden könnte, d. h. dass die Schamfuge auf 4—6 cm auseinandertreten kann.

Sobald ich die Gewissheit habe, dass die vorderen Schambeinenden frei sind, beweglich, dass die vorderen Bandmassen der Ileosacralgelenke eine genügende Diastase gestatten, verbinde ich die Schnittwunde durch einen zeitweiligen antiseptischen Verband und werde alsdann wieder „Accoucheur“.““

„Ich weiss nicht, schreibt Charpentier, ob Pinard seit jener Zeit sein Vorgehen geändert hat. Ich weiss aber, dass er bereits 2 mal die Symphyseotomie sub partu angewandt, und einmal mit einer ernsten Complication, Blutung zu thun hatte. Beide Frauen sind genesen. Von den beiden Kindern starb eins 3 Tage nach der Operation, die Symphyseotomie aber gab an sich ein durchaus befriedigendes Resultat“.

„„Mein Verfahren „schreibt Morisani“, ist folgendes: Die Frau wird wie gewöhnlich sub partu, am Rande des Bettes gelagert. Nach genauer antiseptischer Reinigung führe ich einen Katheter in die Harnblase ein; dann beginne ich den Hautschnitt 2 cm oberhalb der Schamfuge. Der Schnitt ist 2—3 cm lang, vertikal. Ich durchschneide das Gewebe bis dicht auf den oberen Schamfugenrand, löse dann das Zellgewebe hinter der Symphyse los und führe unter Leitung des Zeigefingers das Sichelmesser von Galbiati ein. Den Knopf des Messers schiebe ich vor bis unter den unteren Rand der Schamfuge, stemme dann die Schneide des Messers an die Mitte und den Scheitel des Ligamentum triangulare und, indem ich das Messer nach oben ziehe und den Griff nach vorn neige, durchschneide ich mit einem Zuge die Symphyse von hinten nach vorn und von unten nach oben.

Mehrmals habe ich ein Knopfbistouri mit schmaler kräftiger Schneide benutzt, indem ich das Gelenk von hinten nach vorn zu durchschnitt. Nach vollzogener Durchschneidung Knopfnaht, Watteverband und Bindentouren (Morisani).""

„Das Verfahren Novi's und Morisani's ist aber ein ziemlich ähnliches. Charakteristisch für ihr Vorgehen ist, dass sie die Schamfuge von hinten nach vorn und von unten nach oben zu spalten, dass sie keine besondere Rücksicht auf die Insertionsstellen der geraden Bauchmuskeln, auf die Clitoris und deren Gefässe nehmen. Ihre Hauptsorge ist auf das Abpräpariren des retrosymphysären Zellgewebes gerichtet. Die einen schieben direct das Messer zwischen Symphyse und retrosymphysärem Zellgewebe ein, die anderen bahnen sich mit dem Finger einen Weg dafür, wie Morisani und dessen Schüler, indem der Zeigefinger das Messer geleitet. Alle diese Methoden sind im Grunde genommen sehr einfach und jedem Geburtshelfer zugänglich, sogar jedem Arzte, sobald er nur vorsichtig ist und mit den antiseptischen Grundsätzen vertraut".

„Was mich am meisten frappirte", schreibt Charpentier, das war die Einstimmigkeit aller der italienischen Collegen bezüglich der technisch leichten Ausführbarkeit der Operation, der Einfachheit des chirurgischen Vorgehens und der schnellen Convalescenz."

„Einer der Collegen sagte mir: „„Ich gehe noch einfacher vor; sobald ich sehe, dass der Moment zum Eingreifen gekommen ist, lege ich die Zange an und versuche die Extraction. Gelingt sie nicht, so nehme ich ohne etwa die Zange abzunehmen, ein dickes Knopfbistouri, durchschneide die Hautdecken, mich strikt an die Mittellinie haltend, durchschneide die Symphyse von vorn nach hinten zu, bis sie auseinanderklafft. Dann durchtrenne ich die Bandmassen unterhalb der Symphyse soweit thunlich in der Richtung von unten nach oben zu und überzeuge mich durch Schenkelabduction, ob die Symphyse gehörig auseinandergeht. Dann ergreife ich wieder die in situ belassene Zange und beendige die Extraction mit gelindem Zuge ohne jede Gewaltanwendung"".

„Hier sehen wir also eine kardinale Abweichung von dem klassischen Verfahren, indem der Schnitt nicht von hinten nach vorn, sondern von vorn nach hinten gerichtet ist!"

„Welches sind nun die Ergebnisse?"

„Bezüglich der unmittelbaren Ergebnisse:

„Zwei Statistiken hat Novi veröffentlicht, wir wollen dieselben jedoch gemeinschaftlich mit denen von Morisani prüfen". „Die erste Statistik reicht vom 1. Januar 1868 bis zum 26. September 1872, umfasst 26 Fälle, de facto 27, da die eine Frau zweimal symphyseotomirt wurde".

„Von 27 Operirten genasen 21, es starben 6".

„20 Kinder wurden lebend geboren, 6 todt, Loos des einen unbekannt".

„Eine der Operirten behielt eine Blasenscheidenfistel."

21 mal Schädellage, 3 mal Steiss-, resp. Fusslage, 2 mal Schulterlage, 1 mal nicht angegeben. Die Maasse der Conjugata schwankten zwischen 81 und 49 mm.

Lethalität für die Mütter 22,22%, für die Kinder 22,21%.

Die zweite Statistik Novi's, 1. October 1872 bis 5. December 1880 umfasst 26 Frauen, von denen eine 2 mal operirt wurde, also 27 Operationen, 22 Mütter genasen (eine 2 mal operirt), 5 starben. 21 Kinder lebend geboren, 5 todt, Loos eines Kindes unbekannt.

Aus einer Zusammenfassung beider Statistiken geht hervor:

Auf 54 Operationen wurden 43 Mütter gerettet, 11 starben (20,37%).
„ 54 „ „ 41 Kinder gerettet, 11 kamen todt (20,37%), 2 ein unbekanntes Loos.

„Die Statistiken Morisani's umfassen die Operationen" (soweit er davon Kenntniss hatte — siehe später Harris) „vom 2. October 1777, dem Datum der ersten Operation Sigault's bis zum 1. Januar 1892, sie enthalten gleichzeitig die 2 Statistiken Novi's mit und theilen sich in 3 Epochen":

Charpentier schreibt, er habe die Zahlen belassen, aber die Facta in etwas anderer Reihenfolge nach dem Grade der Beckenenge nämlich angeordnet, um leichter die therapeutischen Ergebnisse vergleichen zu können.

„Die erste der 3 Statistiken Morisani's hat natürlich nur eine historische Bedeutung und nur die bereits im Zeitalter der Antisepsis ausgeführten Operationen können für uns maassgebend sein.

Der Vollständigkeit halber lasse ich jedoch hier die Statistiken Morisani's in extenso folgen laut seiner Originalarbeit [Annali di Ostetricia 1886 (s. l. c.)].

Da jedoch die Statistik nur 80 Fälle umfasst und, wie ich mich bald überzeugte, nicht vollständig ist, so habe ich dieselbe ergänzt und zwar 43 Fälle hinzugefügt, die ich aus den verschiedenen Specialarbeiten zusammengesucht.

Erste Statistik Morisani's von 80 Fällen

von 1776 bis 1858 (resp. 1860)

um 56 Fälle aus der derzeitigen Litteratur vermehrt.

Uebersicht von 136 Symphyseotomien

(inclus. der sogenannten Pubiotomien)

bis 1860.

Die in der Tabelle Morisani's fehlenden 43 Fälle tragen folgende Nummern: 3, 10, 11, 15, 18, 19, 20, 24, 25, 28, 31, 32, 36, 49, 50, 53, 54, 67, 68, 69, 74, 79, 80, 81, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 95, 102, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 117, 119, 120, 121—136.

Nummer	Datum der Operation	Namen der Operirten	Operateur	Ort, wo die Operation stattfand	Becken, Conjug. vera Millim.	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulationen vor der Symphyseotomie
1	2. X. 1777	Souchot 39jähr. Vpara	Sigault	Paris	67	$2^1/_2$ Tage	—
2	4. II. 1778	Markard 35jähr. VIII-para	C. v. Siebold	Würzburg	66	—	Wendung
3	12. II. 1778	Alexandre 22jähr. I-para	Bonnard	St. Martin	55	4 Tage	—
4	21. II. 1778	Berrou 26jähr.	Deprès de Menmeur	Trofontun	40—44	72 Stunden	—
5	28. III. 1778	Loutre III-para	De Cambon	Mons (Belgien)	—	—	bei Nabelschnurvorfall vergeblich Zange mehrmals
6	5. IV. 1778	?	Roussel de Vauzesme	Paris	—	—	—
7	5. IV. 1778	Schmidrin 32jähr. III-para	Nagel	Bruchsal	81	—	—
8	24. IV. 1778	40jähr. Frau I-para	Lescardé und Retz	Arras	73	2 Tage Convulsionen, schwere Geburt	—

Lage des Kindes bei der Operation	Endgültige Fruchtlage	Resultat für die Mutter	Resultat für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Steisslage	Fusslage	genesen	lebend	Harnröhrenfistel	vorher 4 todte Kinder	Leroy: Recherch. historiques et prat. et Paris 1778.
Schädel	Fusslage	genesen	todt	—	Wegen Synostose Durchsägung. Diastase spontan 1, später 3,5 cm. Die Frau soll später spontan ein lebendes Kind geboren haben. Siebold bedauerte nicht Sect. caesarea ausgeführt zu haben	Lader: Diss. de synchondroseos oss. pubis sectione in partu difficili instituenda. Goettingen 1778.
—	—	todt an Sepsis	lebend	Wegen nicht gelungener Symphysendurchtrennung Kaiserschnitt	Nach Hautschnitt misslang die Durchschneidung der wie es schien verknöcherten Symphyse, also Kaiserschnitt: lebendes Kind	Mém. de Bonnard Journ. de méd. T. 49 s. Desforges 1892 p. 75.
Schädel mit Vorfall der Hand	—	genesen	todt	Am Abend schon aufgestanden (?), 3. Tag sitzend am Herde	Es wird angezweifelt, dass D. wirklich eine Symphyseotomie ausgeführt und nicht vielmehr blos die Hautdecken durchschnitten hat	s. Desforges: l. c. 1892 p. 36.
Schädel	Schädel	genesen am 32. Tage	todt	—	Vorher 2mal todte Kinder mit Zange (Knap). Diastase max. 5—6 cm. (Dieselbe Frau am 16. I. 1780 zum zweiten Male operirt.)	Lauverjat, Baudelocque s. Desforges l. c. p. 76.
—	—	todt	lebend	Tod durch Gangrän der Schamtheile		Harris.
Schädel	Wendung auf Fuss	todt am 8. Tage	todt nach $^1/_4$ Stunde	—	vorher 2 todte Kinder	Frankfurter Zeitung = Journ. de méd. T. 49, p. 523.
—	—	todt am 5. Tage	todt	—	—	Baudelocque, s. Desforges l. c. p. 89.

Nummer	Datum der Operation	Namen der Operirten	Operateur	Ort, wo die Operation stattfand	Becken, Conjug. vera Millim.	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulationen vor der Symphyseotomie
9	10. V. 1778	37jähr. Frau	Guérard	Düsseldorf	67	3 Tage	Wendungsversuch, Kranioklasie, Forceps, Haken
10	10. VI. 1778	?	Grooshans	Gertruydenburg	—	—	—
11	? 1778	Navet Multipara	Sigault	Paris	—	—	—
12	24. VIII. 1778	Blandin III-para	Sigault	Paris	81	—	—
13	? 1778	Verderais	Sigault	Paris	—	—	—
14	? 1778	Laforest II-para	Sigault	Paris	—	—	Vergebl. Wendungsversuch
15	? 1778	?	Desmarest	Bonnières	—	—	—
16	25. XI. 1778 (15. XI. ?)	Vespres 29jähr. I-para	Sigault	Paris	49—51 fälschlich auf 68 zu Lebzeiten geschätzt	24 Stunden	—
17	12. VI. 1779 (12. II. ?)	?	Duret	Brest	Enges Becken	(Knochentumor am rechten Rande des Sacrum) Protrahirte Geburt	Zangenversuch
18	18. II. 1779	Leblanc	?	Yvors?	?	?	?
19	25. III. 1779	?	Münster	Bommel	—	—	—
20	28. IV. 1779	?	Münster	Bommel	—	—	—
21	30. VI. 1779	Bruinier IV-para	van Damen	Racquenghen	—	3 Tage	Zangenversuch Wendungsversuch
22	18. VII. 1779	Julie Collet 29jähr. I-para	Leroy	Paris	65—71 106 cm hohe rhachit. Frau	18 Stunden	Mehrfache Zangenversuche

Lage des Kindes bei der Operation	Endgültige Fruchtlage	Resultat für die Mutter	Resultat für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Füsse, Extraktion mit Haken	todt am 11. Tage	todt	—	Operation dauerte 8 Stunden. Diastase 4 cm	Guérard s. auch Baudelocque, s. auch Boogers (Kritik).
—	—	genesen	todt	—	—	nach Harris citirt.
—	—	genesen nach 3 Monaten	todt	Erschwerter Gang	Vorher mehrere spontane Geburten lebender Kinder	citirt nach Desforges l. c. p. 90.
—	—	genesen langsam	todt	—	1779 spontane Geburt eines lebenden Kindes	Ebenda p. 90.
Schädel	Wendung	glatte Genesung	todt	—	Später mit Wendung lebendes Kind	Ebenda p. 89.
—	—	genesen am 15. Tage	todt	—	—	Ebenda p. 89.
—	—	genesen	?	—	—	Ebenda p. 93.
—	Extraktion am Fuss	todt am 5. Tage	starb bald	—	80 cm hohe Person geht nur mit Krücken. Necropsie beschrieben.	Ebenda p. 74.
Schädel	Forceps-extraktion	genesen	todt	Symphyse beweglich, Ves. vag. Fistel, Utero-vag. Prolaps, erst am 60. Tage aufgestanden	—	Ebenda p. 90.
?	—	?	todt	—	—	—
—	—	?	?	—	—	s. Camper (Journal de Paris 1777, p. 284).
—	—	?	?	—	—	
Gesichtslage	Zangenextraktion	langsam genesen	starb nach 3 Wochen an Kopfverletzungen	Vesicovaginalfistel	Vorher 3 lebende Kinder spontan. Diastase 4 cm	citirt nach Deforges p. 76.
Schädel Gesicht	Wendung, Extraktion am Fuss	glatte Genesung	Kind asphyktisch belebt	12. Tag aufgestanden. Prolapsus uteri	Diastase 5—8 cm!	Ebenda p. 78.

Nummer	Datum der Operation	Namen der Operirten	Operateur	Ort, wo die Operation stattfand	Becken, Conjug. vera Millim.	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulationen vor der Symphyseotomie
23	24. VII. 1779	Du Belloy VII-para	Leroy	Paris	74, auf 38 geschätzt	—	—
24	26. IX. 1779	37jähr. rhachit. Frau	De Cambon	Mons	—	—	—
25	1779	?	Inessi	Italien	—	—	—
26	16. I. 1780	Loutre IV-para siehe Fall 5	De Cambon	Mons	—	24 Stunden	—
27	9. VIII. 1780	42jähr. I-para Avila	Delando unter Leitung von Canivel	Utrera (Andalusien)	74	3 Tage	Mehrfache Zangenversuche
28	9. IV. 1781	Hucq, 21jähr. I-para	De Cambon	Mons	7	?	Vergebl. Wendungsversuch (Knap) mehrmals Forceps, glitt ab
29	5. XII. 1781	40jähr. I-para Danne	Dussausoy	Lyon	45 Hängebauch, Becken lässt weder Hand noch Instrumente ein	5 Tage starkes Oedem der Vulva vor der Operation	Vergebl. Zange und Wendungsversuche
30	24. XII. 1781 (19 ?)	?	Lavagnino	Genua	65	?	Mehrfache Zange, Wendung, scharfer Haken
31	? 1781	?	Persone	Italien	?	?	?
32	? 1782	?	Metzger	Königsberg	?	?	?
33	4. IX. 1782	? IV-para	John Weichmann	Kingston (England)	61	Protrahirte Geburt	—
34	11. II. 1783	?	Riollay	Paimpol (Frankreich)	81 Diam. coccygo-sub pub. 6 cm	Protrahirte Geburt	Wendungsversuche

Lage des Kindes bei der Operation	Endgültige Fruchtlage	Resultat für die Mutter	Resultat für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Steisslage	Extraktion am Fuss	glatte Genesung	lebend	10. Tag aufgestanden	Vorher 6 todte Kinder	citirt nach Desforges p. 78. Leroy: Observ. et reflex. Paris 1780.
Schädel	Zangenextraktion	genesen	lebend	Glatte Genesung	—	citirt nach Desforges p. 90.
—	—	—	—	—	—	citirt nach Harris.
—	—	genesen	lebend	glatte Heilung, am 15. Tage geht die Frau	Zweite Symphyseotomie bei derselben Frau (siehe Fall 5)	citirt nach Desforges p. 76.
Gesicht	Gesicht	genesen nach 38 Tagen	lebend	—	Erste subcutane Symphyseotomie. Schnitt von oben nach unten, aussen nach innen	Journal de Méd. T. 55: Extrait de la Gazette de Madrid.
Schädel	Zangenextraktion	todt am 5. Tage	todt vorher	Abscess auf der rechten Hüftschaufel bis Hüftgelenk	Diam.bip. des Kindes 9,5 cm. Krachen in hinteren Gelenken. Rechts vereitert, 18 mm Diastase	citirt nach Desforges p. 79.
Schädellage	Extraktion am Fuss nach Wendung	todt nach 52 Stunden	vorher abgestorben	Peritonitis, Gangrän des Uterus; Scheide u. Blase eingeklemmt	Diastase max. 68 mm. Beide hinteren Gelenke klaffen, Krachen bei der Operation, die Symphysenenden stiegen auf und ab	Mém. de Desgranges. Journ. de Méd. T. 57. s. Desforges p. 79.
Schädel	Schädel	todt am 12. Tage	Das todt geglaubte Kind kommt lebend, stirbt bald	—	—	citirt nach Desforges p. 91.
?	?	?	?	?	—	nach Harris.
?	?	?	?	?	—	Mélanges de médecine, citirt nach Desforges
—	—	todt	todtfaule Frucht	—	Osteomalacie, früher 5' 6'', jetzt nur 4' hoch. Einzige Symphys. in England (7 cm Diastase)	citirt nach Morisani: nach Galeotti: Ostetr. teoret. prat. Napoli 1787, p. 126.
Schädel	Extraktion an den Füssen	todt 2 Stunden nach der Operation	starb vor Extraktion ab	—	Diam. bip. 10 cm	citirt nach Desforges l. c. p. 91.

Nummer	Datum der Operation	Namen der Operirten	Operateur	Ort, wo die Operation stattfand	Becken, Conjug. vera Millim.	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulationen vor der Symphyseotomie
35	? 1783	?	Giovanetti	B. d'Orta (Novara)	—	4 Tage	—
36	10. X. 1783	?	Münster	Holland Haag	—	—	—
37	20. X. 1783	Cornelie Stoltz 34jähr. III-para	Damen	Haag	wenig verengtes Becken	3 Tage	—
38	? XI. 1783	—	M. V.	Paris	Exostose im Becken vorausgesetzt	—	Wendungs- u. Zangenversuche
39	7. VIII. 1784	Huguet 29jähr. III-para	Leroy Demathiis	Paris	61 rachit. Frau	—	—
40	12. III. 1785	Unbekannte im Hause der Morlai	Leroy	Paris	88	—	—
41	17. IV. 1785	Marie Roullé IV-para	Demathiis	Paris	70	Protrahirte Geburt	—
42	24. IV. 1785	?	Leroy in Gegenwart von Baudelocque	Paris	65	—	—
43	11. VIII. 1785	Cornelie Stoltz 2. Operation an derselben Frau, siehe Fall 37	Damen	Aja	—	—	—
44	? 1785	?	De Cambon	Mons	Ausgangsenge	—	—
45	? 1785	?	De Cambon	Mons	67	—	Mehrfache Zangenversuche, Wendung

Lage des Kindes bei der Operation	Endgültige Fruchtlage	Resultat für die Mutter	Resultat für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Fusslage	Extraktion an den Füssen	genesen	starb vor der Geburt	—	—	Corradi: Storia dell' Ostetr. in Italia p. 64.
—	—	genesen	lebend	—	—	citirt nach Desforges p. 93.
Schädel	Wendung auf den Fuss, Extraktion	genesen am 38. Tage	lebend	—	2 Kinder vorher mit Haken extrahirt. Harnincontinenz (siehe Fall 43: 2. Symphyseotomie)	Ebenda p. 91.
Schädel	Extraktion an den Füssen	todt	vorher abgestorben	—	—	Ebenda p. 93.
Schädel	Wendung durch Leroy Extraktion an den Füssen	genesen	lebend	—	Diastase 7 cm. Glatte Heilung, 14. Tag aufgestanden	Ebenda p. 91.
—	—	genesen	lebend starb bald	—	—	citirt nach Baudelocque s. Morisani
Schädel mit Nabelschnurvorfall	Wendung Extraktion an den Füssen	todt am 9. Tage	todt	—	Vorher ein lebendes und 2 todte Kinder (Wendung, Haken) Diam. bip. 9,0 cm	citirt nach Desforges p. 91.
Schädel mit Nabelschnurvorfall	Wendung auf Fuss	todt am 8. Tage	lebend	—	Diam. bip. 9,2 cm, Diastase 5,5 cm	Ebenda p. 91.
—	—	genesen	lebend	—	2mal die Symphyseotomie ausgeführt (siehe Fall 37)	citirt nach Baudelocque s. Morisani.
—	—	genesen	lebend	—	—	Ebenda.
Schädel mit Nabelschnur vorfall	Extraktion an den Füssen	todt am 6. Tage	vor der Geburt abgestorben	—	—	Ebenda.

Nummer	Datum der Operation	Namen der Operirten	Operateur	Ort, wo die Operation stattfand	Becken, Conjug. vera Millim.	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulationen vor der Symphyseotomie
46	23. I. 1786	D'Avril 29jähr. rachit. I-para	Verdier-Duclos	la Ferté-Bernard	60 (48?)	3 Tage	Zangenversuche
47	? 1787	Vittoria di Montesarchio	Dom. Ferrara	Neapel	—	—	—
48	2. V. 1801	Rogeau 30jähr. I-para	Dufay, später Leroy	Paris	72 nach Baudelocque 81	12 Stunden	—
49	? 1802	?	Nanoni	Italien	?	?	?
50	30. IV. 1802	? II-para	Dufay	Paris	—	—	—
51	? VIII. 1802	Gérardin 36jähr. II-para	Mansuy	St. Michel	54 (75? nach Desforges)	2 Tage	Zangenversuche
52	? VIII. 1803	24jähr. ?	Giraud	Paris	60	Protrahirte Geburt	—
53	? 1804	?	Bolsius	Utrecht	—	—	—
54	? 1804	?	van Wy	Arnheim	—	—	—
55	? 1804	Boulotte III-para	Leroy	Paris	54	Protrahirte Geburt	Wendung
56	? 1804	?	v. Münster	Nymwegen	—	—	—
57	? 1804	?	Brodthlag	Holland	—	—	—

Lage des Kindes bei der Operation	Endgültige Fruchtlage	Resultat für die Mutter	Resultat für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Schädel	genesen am 32. Tage	todt	Fist. vesico-vagin. (Conj. scheint nach Morisani falsch gemessen)	Diastase spontan 3, dann 6 cm. Spontane Austreibung des Kindes. Diam. bip. 10 cm	citirt nach Desforges p. 91.
—	—	genesen	todt	Lahmender Gang	—	citirt nach Morisani: Corradi. T. I. p. 1771. Pasqualoni: Corso di Ostetr. prat. Napoli 1818, p. 256. Galbiati: Mem. sul taglio della sinfisi del pube. Napoli 1819, p. 39.
Schädel	Schädel	genesen	lebend	Harnincontinenz. Lahmender Gang. Bewegliche Symphyse	Später spontane Frühgeburt	citirt nach Desforges p. 91.
?	?	?	?	?	Details fehlen	citirt nach Harris.
Schädel	Schädel	genesen	todt	guter Gang nach 9 Wochen	—	citirt nach Desforges, p. 92.
Schädel mit Vorfall der Nabelschnur und Hand	Schädel	genesen nach 10 Wochen	lebend (nach Desforges todt)	Abscess am Gesäss, Vereiterung des rechten Ileosacralgelenkes, Harnincontinenz, Lungenödem	Diastase 5,5 cm	Ebenda p. 92. (Observat. sur une opération de la symphys. Journ. de Méd. An. XI. T. 5.)
Vorfall der Nabelschnur u. einer Hand bei Schulterlage	nach Wendung Extraktion am Fuss	starb nach einigen Stunden	todt	—	Diastase 8 cm	citirt nach Desforges p. 92 und Morisani.
—	—	genesen	todt	—	—	citirt nach Desforges p. 93.
—	—	genesen	todt	—	—	Ebenda p. 93.
Vorfall einer Hand und Nabelschnur	Extraktion an den Füssen	genesen	lebend	—	vorher 2 Extraktionen mit Haken. Später spontan lebendes Kind, am 15. Tage verstorben	Ebenda p. 92.
—	—	todt	lebend	—	—	nach Morisani.
Querlage	—	genesen	todt	—	Hand exarticulirt	Ebenda.

Nummer	Datum der Operation	Namen der Operirten	Operateur	Ort, wo die Operation stattfand	Becken, Conjug. vera Millim.	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulationen vor der Symphyseotomie
58	? 1804	?	Prillwitz	Holland	?	?	?
59	? 1807 (? 1804)	Francesca de Angelis	Bruno Amantea	Neapel	Beckenstenose durch Knochentumor	Lange nach Wasserabfluss operirt, 4 Tage	—
60	9. VII. 1808 (siehe Fall 62)	Lauzanne 25jähr. II-para	Dubois	Paris	70	12 Stunden	—
61	4. VIII. 1808 (siehe Fall 70)	Morel 30jähr. II-para	Vermandois	Bourg	67	—	Kraniotomie, Wendung und Zangenversuch
62	25. X. 1809 (siehe Fall 60)	Lauzanne 26jähr. III-para	Dubois	Paris	70	24 Stunden	—
63	? 1809	?	Dubois und Lachapelle	Paris	61	—	Wendungsversuch
64	? 1809	?	Béclard und Dubois	Paris	69	Protrahirte Geburt	Wendungs- u. Zangenversuche
65	24. X. 1809	3 Fuss hohe Frau	Lambron	Paris	69	Protrahirte Geburt	Zahlreiche Zangen- u. Wendungsversuche
66	? 1811	?	Assalini	Mailand	67	—	—
67	?	?	Assalini	Mailand	—	—	—
68	?	?	Assalini	Mailand	—	—	—
69	?	?	Assalini	Mailand	—	—	—
70	10. IV. 1811 (siehe Fall 61)	Morel 32jähr. III-para	Vermandois	Bourg	67	—	Wendungs- und Zangenversuch
71	18. I. 1815	17jähr. rachit. Frau	Giacomo Gianni	Mailand	61	7 Stunden nach Wasserabfluss	—

Lage des Kindes bei der Operation	Endgültige Fruchtlage	Resultat für die Mutter	Resultat für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
?	?	?	?	?	?	nach Morisani.
—	—	todt am 40. Tage an Wassersucht	todt	—	—	nach Corradi: Dell' ostetrica in Italia Para II. Bologna 1877 p. 1174.
Schädel	nach Wendung (Lachapelle) Extraktion an den Füssen	genesen	starb bald	Harnincontinenz. Erschwerter Gang	(2. Symphyseotomie an derselben Frau am 25. X. 1809, siehe Fall 62) Diastase 4 cm	citirt nach Desforges p. 86 u. 92.
Schädel	nach Wendung auf Fuss Zange am nachf. Kopf	genesen am 12. Tage	todt (Schädelinfraktion)	Am 18. Tage freier Gang	erste Entbindung 1806, Kraniotomie, Wendung, Haken. — 2 cm Diastase, dann 4 cm, 5 cm.	Ebenda p. 85 u. 92.
Schädel	Wendung, dann Zange (Gardino) Füsse	genesen nach 5 Wochen	lebend	Cystitis	Mehr als 200 Studenten bei der Operation zugegen	Ebenda p. 92.
Schädel	Extraktion an den Füssen	genesen	starb bald	Harnincontinenz	—	citirt nach Morisani Jacquemier: Manuel des acc. 1846, vol. 2. p. 484.
Schädel	Schädel	genesen	lebend starb nach 2 Stunden	Fist. vesicovag.	—	citirt nach Morisani.
Schädel	Schädel	todt	vorher abgestorben	—	Nabelschnurvorfall	Jacquemier l. c. p. 485. citirt nach Morisani.
—	—	genesen	lebend	—	—	s. Corradi: Dell'ostetricia in Italia Parte II. Bologna 1877. p. 1171.
—	—	genesen	lebend	—	—	
—	—	?	?	—	—	
—	—	?	?	—	—	
Schädel Gesicht	Schädel Wendung auf Füsse Zange an nachfolgendem Kopf	genesen	todt	glatte schnelle Heilung	2. Symphyseotomie an derselben Frau (siehe Fall 61)	citirt nach Desforges p. 86.
Steiss	Extraktion an den Füssen	genesen	todt	Harnincontinenz	—	Annali univ. di medicina 1818. VIII. 5, 33. Relazione Scotti.

Nummer	Datum der Operation	Namen der Operirten	Operateur	Ort, wo die Operation stattfand	Becken, Conjug. vera Millim.	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulationen vor der Symphyseotomie
72	16. III. 1815	35jähr. rachit. Frau	Giacomo Gianni	Mailand	61 (63)	15 Stunden nach Wasserabfluss	—
73	? X. 1815	Lucia Amato	Gennaro Galbiati	Neapel	63	—	—
74	30. XI. 1815	?	Mursinna	—	—	?	?
75	? ? 1815	?	M. G.	Battigny	61	—	Zangenversuche
76	9. V. 1818	Emmanuela de Chiara I-para	Galbiati	Neapel	61(58?)	24 Stunden	—
77	2. VI. 1818	33jähr. rachit. Frau	Giacomo Gianni	Mailand	67	—	—
78	20. IX. 1820	Maria Longobardi	Galbiati	Neapel	Osteomalacie, bedeutende Ausgangsstenose	?	—
79	? ? 18 ? ?	?	Penza (Gaspare Pensa?)	Neapel	?	?	?
80	? X. 1820	Rachitische Frau	Cliet	Lyon	67	?	?
81	25. XI. 1821	Hervileux, 21jähr. I-para, rachit.	Béclard	Paris	70	?	Zangenversuche

Lage des Kindes bei der Operation	Endgültige Fruchtlage	Resultat für die Mutter	Resultat für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Schädel	todt	lebend, starb bald	—	diese Frau soll nach Harris genesen sein (scheint mir irrthümlich angegeben)	citirt nach Harris und Morisani.
Steiss	Extraktion an denFüssen	todt	starb nach 48 Stunden		—	Galbiati: Memor. sul taglio della sinfisi del pube. Napoli 1819 p. 23.
?	?	todt	todt	—	—	citirt nach Desforges p. 93.
Schädel	Schädel	genesen	?	—	im nächsten Jahre spontan entbunden	citirt nach Morisani.
Schädel	Schädel	genesen	lebend	—	spontane Austreibung, zweite Entbindung spontan. Bei der dritten Entbindung machte Dr. Rispoli die Wendung und constatirte Dilatabilität des Beckens. (Osserv. med. Napoli 1828 p. 51.) War die Symphysentrennung verheilt gewesen?	s. Galbiati l. c. p. 34. s. Corradi l. c. p. 1175.
—	—	genesen	lebend	—	—	Scotti: Relazione di tre casi di sinfisiotomia eseguita dall Dott. Giac. Gianni. Annali univ. di med. Milano 1818. VIII. 5—33.
?	?	genesen	vor der Geburt abgestorben	—	spontane Austreibung des Kopfes manuell unterstützt	Saggi dell' Acad. med. chir. Napoli vol. I, 9. 12.
?	?	?	?	—	Symphyseotomie nach der Methode Delgadós. Details fehlen.	citirt nach Galbiati laut Corradi l. c. p. 1174, Anmerkung.
Schädel	Schädel	todt am 9. Tage	starb nach wenigen Minuten	Peritonitis, Tod	—	citirt nach Desforges p. 92.
Schädel	Schädel	genesen	starb nach 2 Stunden	am 65. Tage genesen, Verletzungen an Scheide u. vulva. Fist vesico-vaginalis	Gang fehlerfrei. Erst bei der vierten Applikation der Zange nach Symphyse gelang Extraktion. 6 cm Diastase, Krachen im rechten hintern Beckengelenk, Fraktur beider parietalia und meningeales, Bluterguss im Schädel	Ebenda p. 88.

Nummer	Datum der Operation	Namen der Operirten	Operateur	Ort, wo die Operation stattfand	Becken, Conjug. vera Millim.	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulationen vor der Symphyseotomie
82	? 1821	Fortunata Mugnai	Mancini	Neapel	63	—	—
83	26. VII. 1823	Anna Pittava	Galbiati	Neapel	Osteomalacie	5 Tage	Kranioklasie
84 (s. 85)	? ? 1826	Rafaela Vignoli	Galbiati und Mancini	Neapel	67	—	—
85 (s. 84)	5. III. 1828	Rafaela Vignoli	Galbiati und Mancini	Neapel	67	—	—
86	? I. 1828	?	Stock	Creutzvald	?	?	?
87	18 ? ?	?	Malacarne	Italien	?	?	?
88	18 ? ?	?	Asdrubali	Italien	?	?	?
89	18 ? ?	?	Flajani	Rom	?	?	?
90	1829	?	Monerni	Italien	?	?	?
91	1829	?	Plaletta	Italien	?	?	?
92	18. II. 1829	Teresa di Palma	Cattolica	Neapel	67	3 Tage	?
93	30. III. 1832	Giuseppa Negri III-para	Galbiati	Neapel	33	Protrahirte Geburt	—
94	31. V. 1833 (nach Corradi 1834 ?)	Magdalena Verderosa	Petrunti	Vico St. Giorgio	61	—	—
95	? 1834	?	Balocchi	Italien	?	?	?

Lage des Kindes bei der Operation	Endgültige Fruchtlage	Resultat für die Mutter	Resultat für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Schädel	genesen	lebend	nach 40 Tagen genesen	Geburt spontan nach 13 Stunden. Die Operation soll nach Galbiati am 11. XII. 1818, nach Dr. Philippi 1822 gemacht sein	citirt nach Corradi l. c. p. 1175.
Schädel	Schädel	todt	todt	Extraktion erst 3 Tage nach Symphyseotomie vollendet	—	Osserv. Med. Vol. I. p. 84, 1823.
Becken	Steiss	genesen	lebend, starb bald	genesen nach 36 Tagen	bei der nächsten Schwangerschaft wieder Symphyseotomie ausgeführt (s. Fall 84)	Osserv. med. di Napoli 1828 p. 51.
—	—	genesen	lebend	nach 2 Stunden spontane Austreibung	—	Ebenda.
?	?	?	?	?	Details fehlen mir	El. v. Siebold's Journ. XII. Bd. 1828 p. 348.
?	?	?	?	?	Ebenso	citirt nach Harris.
?	?	?	?	?	Ebenso	Ebenda.
?	?	?	?	?	Ebenso	Ebenda.
?	?	?	?	?	Details fehlen	Ebenda.
?	?	?	?	?	Ebenso	Ebenda.
?	?	todt	todt	Tod der Mutter am 5. Tage an Scheidengangrän	spontane Austreibung 23 Stunden nach Operation	Osserv. med. Napoli 1829 p. 50. — Annal. univ. med. 1829 LII. 560.
Schädel	Schädel	todt	todt	Tod der Mutter am nächsten Tage	Pelviotomie am 30. III. auf der linken, am 31. III. auf der rechten Seite, vergebl. Zange, Excerebration	citirt nach Varnier (Annales de Gyn. 1893 Février p. 98).
Schädel	Schädel	genesen	lebend	geheilt nach 35 Tagen. Exfoliation einer kleinen Schambeinsequestur	spontane Austreibung nach 1/2 Stunde, Operation nach Wasserabfluss	Filiatre Sebezio 1834. VIII. 68 (citirt nach Corradi p. 1177).
?	?	?	?	?	Details fehlen	citirt nach Harris.

Nummer	Datum der Operation	Namen der Operirten	Operateur	Ort, wo die Operation stattfand	Becken, Conjug. vera Millim.	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulationen vor der Symphyseotomie
96	10. VII. 1835	Anna Maria Cajazzo	Galbiati	Neapel	67	4 Tage	Zangenversuch
97	? 1835	Gaetana Coppola	Galbiati	Neapel	61	24 Stunden	Zangenversuch
98	6. II. 1836	Marianna Pacca	Galbiati	Neapel	51	2 Tage	Zangenversuch
99	Ende V. 1836	Maria di Stefano	Galbiati	Neapel	67	?	Zangenversuch
100 (siehe Fall 104)	4. VI. 1836	Rosa Speranza	Galbiati	Neapel	67(74?)	?	Zangenversuch
101	10. XII. 1836	Maddelena Allegretti	Rispoli	Neapel	67	?	?
102	*)21. IV. 18??	26jähr. II-para	C. A. Baudelocque (der Neffe)	Paris	75	?	?
103	? 1837	30jähr. rachit. Frau	Galbiati	Neapel	67	2 Tage	Zangenversuch
104 (siehe Fall 100)	1. VIII. 1838	Rosa Speranza	Galbiati	Neapel	67	—	Zangenversuch
105	? 1839	Teresa Solazzo	Galbiati	Neapel	63	15 Stunden	Kephalotrypsie
106	1. IV. 1840	Maria Barretta	Galbiati	Neapel	61	3 Tage	Zangenversuch
107	? 1840	Anna Gurgallo	Galbiati	Neapel	67 Osteomalacie	2 Tage nach Wasserabfluss	Zangenversuch

*) Nach Kilian: Operation am 2. April 1833 glücklich für Mutter und Kind. identisch, in einer der beiden Beschreibungen gewisse Angaben unrichtig?

Lage des Kindes bei der Operation	Endgültige Fruchtlage	Resultat für die Mutter	Resultat für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Schädel	genesen	vor der Geburt abgestorben	glatte Heilung, in 15 Tagen aber Harnincontinenz	Extraktion mit Zange nach 4 Tagen	Annali clin. degli Incurabili 1835 p. 240. Filiatre Sebezio 1835 p. 285.
Schädel	Schädel	genesen	todt	—	—	Annali clin. 1835 p. 366. Relazione de Renzès.
Schädel	Schädel	todt	todt	Tod an Peritonitis	die Kreissende starb unentbunden	Annali clinici 1836 p. 419.
Schädel	Schädel	todt	lebend	Tod der Mutter an Peritonitis am 30. Tage	Extraktion mit Zange 2 Stunden nach Operation	Ebenda p. 422.
Schädel	Schädel	genesen	Zwillinge, 1 starb vor der Geburt, 1 bald nachher	—	(s. Fall 104 2. Symphyseotomie 1838)	Ebenda p. 421. Il Severius 1836 p. 237.
Steiss	Extraktion an den Füssen	genesen	lebend	nach 14 Tagen geheilt entlassen	—	Annali clin. Osp. Incurabili 1836 p. 422.
Schädel	Schädel	todt	lebend	Tod der Mutter am 16. Tage (Nierensteine, keine Infection)	Erste Entbindung 75 Stunden, Kephalotrypsie am todten Kinde. Jetzt Zange. Diam. bip. 95 cm	citirt nach Desforges p. 92.
Schädel	Schädel	todt	vor der Geburt abgestorben	—	Entbindung vollendet 1 Tag nach Operation	Annali clin. Osp. Incurabili 1837 III. p. 312.
Schädel	Schädel	genesen	lebend	—	Zweite Symphyseotomie an derselben Frau (siehe Fall 100)	Ebenda 1838 IV. p. 290.
Schädel	Schädel	todt	starb vor der Geburt	—	—	Ebenda 1839 p. 287.
Schädel	Schädel	todt	todt	—	Extraktion des Kindes 1 Tag nach der Operation	Ebenda 1840 p. 307.
Schädel	Schädel	todt	todt	—	—	Ebenda 1840 p. 309.

Angezeigt in den Annales d'Obstétrique von A. T. Chrestien. Sind beide Operationen

Nummer	Datum der Operation	Namen der Operirten	Operateur	Ort, wo die Operation stattfand	Becken, Conjug. vera Millim.	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulationen vor der Symphyseotomie
108	? XII. 1841	?	Galbiati	Neapel	?	?	?
109	? 1842	?	Dammann	Warburg	?	?	?
110	? 1842	?	Carbonai	Italien	?	?	?
111	13. III. 1845	?	De Renzis	Neapel	61	?	Zangen-versuch
112	? 18 ? ?	?	Ballentani	Italien	?	?	?
113	? 18 ? ?	?	Marescotti	Italien	?	?	?
114	? 18 ? ?	?	Palesciano	Italien	?	?	?
115	? 1847	?	Maslieurat-Lagénard	Creuse	?	?	?
116	? 1850	?	Caccioppoli	Italien	81 Diam. biisch. 49—51	?	?
117	? 1852	?	Franz Breit	Tübingen	?	?	?
118	? 1853	?	Jaccolucci	Italien	72	?	?
119	? 1854	?	Chianflone	Italien	?	?	?
120	? 1854	?	Auguste Petit	Givers	?	?	?
121	2. I. 1854	Bened. Grimaldi	Caccioppoli	Italien	?	?	?
122	? 1856	?	Jaccolucci	Italien	67	?	?
123	25. VII. 1858	Rafaelo Sicca	Jaccolucci	Italien	67	?	?
124	? ? 1860	?	Fourcault und Daireaux	Nanterre	24	?	?

Lage des Kindes bei der Operation	Endgültige Fruchtlage	Resultat für die Mutter	Resultat für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
?	?	todt	todt	—	nach 18 Stunden spontane Austreibung des asphykt. Kindes, doppelseitige Pelviotomie	citirt nach Varnier, Annales de Gyn. 1893 Février p. 100.
?	?	genesen	todt	?	—	citirt nach Harris, s. Caspers Wochenschr. f. d. ges. Heilkunde 1842 Nr. 9 p. 149.
?	?	?	?	?	Details fehlen	(nach Harris).
Schädel	Schädel	genesen	lebend	?	?	Annali clin. Osped. Incurab. 1845 I. p. 79.
?	?	?	?	?	Details fehlen	citirt nach Harris.
?	?	?	?	?	?	Ebenso.
?	?	?	?	?	?	Ebenso.
?	?	genesen	todt	?	?	Ebenso.
Schädel	Schädel	genesen	lebend	glatte Heilung in 10 Tagen	nach der Operation Zangenextraktion	Il Morgagni 1858 p. 561.
?	?	genesen	lebend	?	?	citirt nach Harris.
?	?	genesen	todt	glatte Heilung in 1 Monat	spontane Austreibung nach 9 Stunden	Il Morgagni 1858 p. 561.
?	?	todt	todt	—	doppelseitige Pelviotomie	citirt nach Varnier, Annales de Gyn., Févr. 1893 p. 100.
?	?	genesen	todt	?	?	citirt nach Harris.
?	?	genesen	lebend	geheilt entlassen nach 34 Tagen	?	Dei Registri dell' Ospedale degli Incurabili.
?	?	genesen	lebend	glatte Heilung	—	citirt nach Corradi p. 1179.
?	?	todt	starb bald	Tod am 18. Tage an Beckenzellgewebeeiterung	8monatliche Frucht (Knochensequester stiess sich in der Symphyse ab)	Ebenda p. 1179. Il Morgagni 1858 p. 561.
?	?	genesen	todt	—	—	(nach Harris).

Nummer	Datum der Operation	Namen der Operirten	Operateur	Ort, wo die Operation stattfand	Becken, Conjug. vera Millim.	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulationen vor der Symphyseotomie
125	? 1814	Mursinna (Berlin)	?	?	?	?	?
				Die erste Operation Mursinna's siehe Fall 74 der			
126	Kilian (l. c. S. 788) erwähnt noch eine Symphyseotomie von Bakker (vgl.						
127	?	Ozanam soll nach Kilian eine Symphyseotomie ausgeführt haben.					
128 u. 129	?	Lauverjat musste nach v. Scanzoni (l. c. S. 296) 2mal nach den Kaiserschnitt hinzufügen.					
130	? 1802	Mansuy soll nach Harris noch eine zweite Symphyseotomie					
131 u. 132	?	v. Münster soll ausser den erwähnten 4 noch 2 Symphyseotomien verloskundige Operatiën. Amsterdam 1804.)					
133	? 1852	De Man in Holland (Ned. Tijdschr. voor Verloskunde V. 1852) soll					

134. Endlich habe ich in Joh. Chr. Stark's Archiv für die Geburtshülfe etc. III. Bd. III. St. S. 694—705, Jena 1791: „Geschichte eines glücklich vollendeten Schambeinknorpelschnittes" noch eine von dem russischen Gouvernementsarzte Löffler ausgeführte Symphyseotomie gefunden und zwar an der Küste von Afrika. Die Beschreibung mit Anmerkungen des Herausgebers versehen folgt. Mutter gerettet, Kind todt geboren, Symphyseotomie deshalb, weil Löffler keine Zange zur Disposition hatte.

[Nach Kleinwaechter: P. Müller's Handbuch d. Geburtshülfe I. Bd. 1888 S. 57, soll Mangiagalli in Sassari 1883 23 Fälle gezählt haben, wo er Symphyseotomie ausführte. Einen litterarischen Nachweis fand ich nicht und wandte mich mit Nachfrage an Herrn Caruso in Neapel, der mir am 21. April 1893 antwortete, die Angabe sei unrichtig, Mangiagalli habe keine einzige Symphyseotomie ausgeführt.]

Zusammen 136 Operationen von 1777 bis 1860

Lage des Kindes bei der Operation	Endgültige Fruchtlage	Resultat für die Mutter	Resultat für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
?	?	genesen	todt	?	?	(nach Harris).
					Nach v. Scanzoni, Lehrb. d. Geburtsh., Wien 1867, III. Bd. S. 216 genügte das Messer nicht zur Durchschneidung der Symphyse	nach Kilian: Neues Journ. f. d. Chirurgie 1817 Bd. I. St. 2.

vorstehenden Tabelle

Rochefort's Dissertation). Details fehlen mir.

Details fehlen. Journ. génér. de méd. T. LX. p. 81.

unvollendet gebliebener Symphyseotomie (wegen Verknöcherung der Symphyse) angeblich

ausgeführt haben. Mutter starb, Kind gerettet (nach Harris briefl. Mitth).

ausgeführt haben, im ganzen 6 von 1779 bis 1804. (Joh. van Münster: „Een zestal

nach Treub „met succes" operirt haben bei einem Becken von 7,75 cm Conj.

135 u. 136. Harris [The Remarquable results of Antiseptic Symphyseotomy (Gynaecol. Transact. 1892 S. 3)] erwähnt noch 2 Operationen von Césare Belluzzi in Bologna, die weder von Corradi, noch von Morisani berücksichtigt sind. Beide Operationen endigten für die Mutter tödtlich.

„The first to operate after interval was Prof. Césare Beluzzi, of Bologna, famous for numerous successes in delivering living children trough narrow pelves, under induced labor. He hat tested the operation upon dead women and had faith in its feasibility; but would appear to have been infortunate in the selection of his initial case, as she was tuberculous, and dead of pneumonia in twelve days. Her true conjugate measured 3 $^{1}/_{2}$ inches, which, subsequent records had have shown, gave her, without „asepsis" a prospect of recovery of 12 to 1. He subsequently operated in another case, with a like fatal result. „Prof. Belluzzi's second case had a conjugate of 3 $^{1}/_{8}$ inches, and her death in six days from peritonitis, was puerperal and not traumatic, as an autopsy demonstrated. Both women were rhachitic and not good subjects for the operation."

mit Geburt von 137 Kindern (1mal Zwillinge).

Geschichte eines glücklich vollendeten Schambeinknorpelschnittes

von

A. F. Löffler.

(Joh. Chr. Stark's Archiv für die Geburtshülfe, Frauenzimmer- und neugeborner Kinder-Krankheiten. III. Bd. III. Stück, S. 694—705. Jena 1791.)

„Im Jahr 1784 wurde ich zu einer Gebärerin gerufen, welcher bereits vor 8 Stunden die Wasser abgeflossen waren, und wo bei den kräftigsten Wehen die Geburt dennoch nicht erfolgen wollte, obgleich das Kind eine gute Lage zur Geburt hatte. Ich fand die Leidende, ausser einer ziemlichen Mattigkeit wegen ihrer grossen Anstrengung das Kind herauszupressen, ziemlich munter, auch schlug der Puls nur etwas voller und geschwinder als in gesunden Tagen. Der Kopf des Kindes stand in der unteren Oeffnung des Beckens sehr fest eingekeilt; das Becken war ziemlich eng, aber doch nicht so eng, dass ich nicht hätte eine glückliche Entbindung hoffen können, wenn nur der Kopf des Kindes eine natürliche verhältnissmässige Grösse hatte.

Ob ich gleich noch Hülfe von der Natur erwartete, weil die Wehen noch immer unermüdet kräftig fortwirkten, so würde ich dennoch lieber meine Zuflucht zu der Zange genommen haben: theils um die Beschleunigung der Geburt, das Kind zu retten, das noch lebte, theils aus Ueberzeugung, dass die Gefahr, welche durch die Operation mit der Zange verursacht wird, weder für das Kind, noch für die Mutter so gross sein kann, als diejenige, welche aus Mangel der Unterstützung der Natur entsteht.

Allein ich musste alles der Natur, obgleich wider meinen Willen und bessere Ueberzeugung, überlassen, weil ich mich an der Küste von Afrika befand, und kein einziges zur Geburtshülfe gehöriges Instrument mitgenommen hatte.

Da es mir auch einfiel, dass die zu starke Einwärtsbiegung oder zu grosse Krümmung des Steissbeines zuweilen den Durchgang des Kopfes erschwert, so untersuchte ich dasselbe genau, fand dieses sowie auch den Kopf selbst wohlgestaltet; auch kein äusserer Wasserkopf war die Ursache seines erschwerten Durchganges, denn ich konnte die Nähte der Hirnschale deutlich durch die Falten der Haut fühlen.

Um nun aber auch nicht ganz müssig zu sein, so verordnete ich Dampfbäder, erweichende Einsalbungen, und innerlich Magnesia mit Salmiaksalz, alles aber mehr zum Schein, als mit Ueberzeugung, dass es Nutzen leisten würde.

Nachdem ich die Kranke 4 Stunden verlassen hatte und sie nun wieder besuchte, so fand ich, dass der Kopf des Kindes zugespitzter und tiefer im Becken eingekeilt war; die Wehen waren noch eben so stark wie vorher, und mir kam es vor, dass einige noch stärker waren, nur waren ihre Zwischenräume noch länger geworden.

Nunmehr hatte ich 12 Stunden vergebens Hülfe von der Natur erwartet, und noch konnte ich nicht den geringsten Anschein bemerken, dass sie die Geburt ohne Gefahr für die Mutter (denn das Kind, ob es gleich noch lebte, sah ich wegen der langen Einkeilung für verloren an), vollenden würde; auch fürchtete ich der starken Wehen wegen eine Zerreissung der Gebärmutter. Sollte ich bei diesen drohenden Gefahren noch länger ein müssiger Zuschauer sein und mit unverantwortlicher Zaghaftigkeit zaudern, ein Mittel anzuwenden, wodurch in diesem Fall das Leben der Mutter bei weitem nicht so zuverlässig aufs Spiel gesetzt wurde, als wenn ich sie den Kräften der Natur überlassen hätte. (S. Journal f. Geburtshelfer, I. p. 214.) Ich wenigstens fühlte mich damals mit Ueberzeugung dazu gestimmt und würde auch noch jetzt unter gleichen Umständen dasselbe thun, was ich damals that.

Die Synchondrotomie war also das Mittel, das ich wählte, weil ich unter diesen Umständen kein anderes vor mir sah, um die Gebärerin zu retten. Denn wenn ich dadurch das Becken nur einen Zoll erweiterte, so schien es mir, dass die Geburt erfolgen würde, wofern nur die Wehen nicht aufhörten, und musste ich dieses nicht vermuthen wenn ich noch länger zögerte, nachdem sie schon so lange und so stark angehalten hatten? Zudem war mir nichts im Wege, ich hatte freien uneingeschränkten Willen zu handeln, was ich für gut fände um die Kranke zu erhalten, und hatte ich ein sichereres und ungefährlicheres Mittel in Händen als dieses, wodurch ich die Mutter gewisser und auch vielleicht das Kind erhielte?

Zwei Stunden waren abermals über dem Nachdenken und Zubereiten zu der Operation vergangen; auch muss ich es gestehen, dass ich dennoch bei der Ueberzeugung der Nothwendigkeit derselben, nicht ungern zauderte, denn ich hoffte noch immer auf Hülfe von der Natur. Und welcher sachverständige Leser wird mir dieses Wanken zwischen Hoffen und Entschliessen nicht gern verzeihen, wenn ich ihm sage, dass ich zwar die Geburtshülfe kannte, aber noch ein praktischer Anfänger war; dass ich diese Operation 2mal an Todten machen gesehen; dass ich ohne Zuredung und ohne Aufmunterung eines Kenners, ohne Beistand eines Gehülfen, der Kenntniss davon hatte, war? Nun denke sich jeder in gleicher Lage an meiner Stelle und fühle sich, ob er anders handeln würde, als ich handelte [1])?

Ich ging wieder zu der jammernden Gebärerin und fand alles in gleichen Umständen, nur mit dem Unterschiede, dass sie kraftloser geworden war und ich fühlte nicht wenig den Vorwurf, vielleicht schon zu lange gezaudert zu haben und länger zu säumen war mir unmöglich.

Mit einem geraden und schmalen Skalpel durchschnitt ich die Bedeckungen und auch den Knorpel der Schambeine. Noch ehe ich diese

[1]) Da freilich gar kein Instrument, besonders die hier indicirte Zange, bei der Hand war, so war dieser muthige Entschluss der beste, ehe man die Person sterben liess. Anmerk. d. Herausg.

Operation unternahm, hatte ich zu jeder Seite der Kranken einen Gehülfen gestellt, welche die Hüftknochen fest und zusammen hielten, damit sich das Becken nicht schnell und gewaltsam erweiterte, sobald der Knorpel durchschnitten war [1]). Nach und nach liess ich also die getrennten Schambeine von einander gehen und sie entfernten sich ein wenig mehr als anderthalb Zoll von einander und die Spalte noch mehr zu erweitern, wollte ich keine Gewalt anwenden [2]).

Deutlich sah ich bei dieser Operation, so wie ich die getrennten Schambeine sich von einander entfernen liess, dass sich in der Wunde von beiden Seiten vieles faseriges Wesen anspannte, hie und da riss und immer noch in Spannung blieb, ich zerschnitt daher alles was sich anspannte: — denn ich dachte, dass vielleicht dieses Spannen und Zerren des Zellengewebes die Ursache der Zerreissung des Blasenhalses, der Mutterscheide, der Entzündung und des Brandes sei — welche Zufälle man einigemal nach dieser Operation beobachtet hat [3]).

Der Schmerz und das Bluten waren ohne Bedeutung.

Ich überlasse es sachkundigen Lesern von Gefühl, sich die Grösse meiner Freude zu denken, als mit der 4. Wehe nach der Trennung der Schambeine, das Kind geboren ward. — Es kam todt zur Welt; es war ein Knabe und ausser einem grossen Kopf — ohne Fehler. Der grosse Durchmesser des Kopfes betrug $5^1/_4$ und der kleine $4^1/_2$ Zoll [4]).

Da das Kind noch vor kurzer Zeit gelebt hatte, so hielt ich es für scheintodt und versuchte eine halbe Stunde lang die vorzüglichsten Wiederbelebungsmittel, aber fruchtlos, ich verliess es daher und liess von einem Gehülfen das Bürsten unter den Fusssohlen noch eine Zeitlang fortsetzen, jedoch es blieb todt.

Die Mutter, der ich bis jetzt nur Ruhe empfohlen und gelassen hatte, empfand von Neuem Wehen und mit denselben löste sich die Nachgeburt,

[1]) Dieses ist selten der Fall und auch kaum zu befürchten, denn immer muss man sie eher auseinander ziehen als zusammendrücken.
Anmerk. d. Herausg.

[2]) Es wäre auch nicht nöthig gewesen, da der schiefe Durchmesser beinahe eben so viel gewann und der Kopf nun leicht durchgehen konnte. Aber vortrefflich und meisterhaft war der Schnitt gemacht, dass der meiste Theil der Ligamente zugleich mit durchgeschnitten war, welche sonst, wenn diese nicht gleich mit zerschnitten sind, die Auseinanderweichung hindern.
Anmerk. d. Herausg.

[3]) Dieses war unumgänglich nöthig, welches theils noch etwas ligamentöses, zelliges Wesen oder gefässartiges war, das wenigstens leicht eine unnütze stärkere Eiterung macht. Anmerk. d. Herausg.

[4]) Diesen würde eine vorsichtige Applikation der Zange gewiss geboren haben und bei dem guten Becken vielleicht auch noch in etwas längerer Zeit die Natur. Anmerk. d. Herausg.

die ich durch einen gelinden Zug an der Nabelschnur auch sogleich entband.

Die Wunde, die ich in der Zeit mit einer kleinen, in warmen Wein getauchten Compresse bedeckt hatte, reinigte ich behutsam mit einer warmen Mischung von Wasser und Wein, liess die Beine kreuzweis über einander schliessen und näherte dadurch die Ränder der Wunde beinahe um einen Zoll. Ich hielt sie in dieser Lage vermittelst einer Binde und schicklichen Compressen auf den Hüftknochen gelegt und bedeckte die noch offen stehende Wunde mit in Wein angefeuchteten Compressen, die ich immer nass halten liess.

Zum innern Gebrauch verordnete ich kühlende und gelind abführende Mittel und empfahl ihr Ruhe.

Das Fieber, das einige Tage nach der Operation entstand, war nicht stark und nach 8 Tagen kaum merkbar. Die Ränder der Wunde hatten sich von Tag zu Tag von selbst immer mehr genähert und waren jetzt beinahe in Berührung und nun erst beförderte ich dieselbe durch stärkeres Zusammenbinden [1]).

Den 15. Tag nach der Operation war die Wunde bis auf eine kleine Vernarbung geschlossen, die auch nach einigen Tagen völlig erfolgte.

Den 20. Tag erlaubte ich der Kranken das Aufstehen, weil sie sich so wohl als eine Gesunde befand, doch mit der gehörigen Vorsicht, noch nicht zu gehen, sondern nur zuweilen zu stehen.

Nach und nach erlaubte ich ihr immer ein wenig mehr zu gehen und in der fünften Woche hatte ich das Vergnügen, sie tanzen zu sehen.

Mir scheint es, dass es eben so nothwendig ist, die Wiedervereinigung der getrennten Schambeine nur nach und nach zu bewirken, als es nothwendig ist, ihre Voneinanderweichung nach dem Durchschnitt nur nach und nach geschehen zu lassen, nur mit dem Unterschied, dass dieses in einer kürzeren und jenes in einer längeren Zeit geschieht.

Durch die Zusammenvereinigung der Schambeine gleich nach der Trennung werden die ausgedehnten und verlängerten Theile zusammengedrückt und gleichsam eingeklemmt; da sich auch wegen des Reizes, den diese Theile erlitten, mehrere Feuchtigkeiten in den leidenden Theilen angehäuft haben, so werden die erweiterten Gefässe durch den Zusammendruck verengert und die angehäuften Säfte gerathen in Stockung, viele Schmerzen, Entzündung, Eiterung und der Brand sind die gewöhnlichen Folgen hiervon; denn die leidenden Theile haben einen heftigen Reiz erlitten, den man erst besänftigen muss. Besser ist es also, dass man wartet bis sie die stärkste Entzündung überstanden haben, bevor man ihre völlige

1) Warum aber nicht früher, da ohne Noth Eiterung entstehen musste und noch zu befürchten war, dass sich zwischen die Schamknorpel leicht noch etwas hätte setzen und eingeschlossen werden können?

Anmerk. d. Herausg.

Wiedervereinigung unternimmt; — denn je kürzer die Zeit zwischen der Trennung und Wiedervereinigung ist (das ist, wenn man die getrennten Schambeine gleich nach erfolgter Geburt durch Gewalt und Binden zusammenpresst), je heftiger werden auch die Zufälle sein; — ist aber die Entzündung vorüber, so erleichtert die Natur von selbst die Wiedervereinigung [1]).

So glücklich endigte sich diese Operation und noch jetzt thut es mir leid (und gerne will ich für dieses Gefühl die Lieblosigkeit des Rec. im Journal für Geburtshelfer, I. p. 214 leiden), dass ich dieselbe nicht früher unternahm, denn ich vermuthe, dass das Kind dadurch wäre gerettet worden.

Mehr als einmal habe ich mit Bedauern gesehen, dass man den Schambeinknorpelschnitt zu sehr fürchtet, ihn hintenansetzt und dagegen die Zange zu oft und zu gewaltsam anwendet, und doch ist derselbe Mutter und Kind weniger gefährlich als eine gewaltsame Zangengeburt [2]).

Mehr Gewalt als seine eigene bei einer Zangenentbindung anzuwenden, kann wohl unmöglich andere Folgen (wegen der grossen Quetschungen) als den Tod für Mutter und Kind haben und selbst in dem Fall, da man seine eigene ganze Stärke anwendet, ist sie gewiss gefährlicher für beide, als die Synchondrotomie.

Ich dächte man handelte gewissenhafter und vernünftiger, wenn man in allen Fällen, wo man, um die Geburt mit der Zange zu vollenden, Zuflucht zu einem Gehülfen nehmen müsste, der mit Ziehen und Arbeiten hilft, diese Operation machte (wenn sie zu gleicher Zeit angezeigt ist), denn sie tödtet Mutter und Kind nicht so gewiss, als seine mörderische Gewalt [3]).

Nicht immer in allen Fällen wird nach dem Knorpelschnitt die Natur die Geburt vollenden, aber die Zange wird alsdann viel sicherer und weniger gefährlich für Mutter und Kind angewendet werden können und die Geburt leichter vollenden.

Auch glaube ich, dass man nicht immer recht thut, wenn man die Gebärerin um ihre Einwilligung zu dieser Operation frägt und ihre Zustim-

[1]) Im Ganzen genommen ist es wohl wahr, aber geschieht die baldige Vereinigung mit der nöthigen Vorsicht, dann ist nichts zu befürchten, besonders wenn auch der Verband zuvor fest, aber nicht klemmend angelegt ist.
Anmerk. d. Herausg.

[2]) Lieber Freund, das Wort gewaltsam rechtfertigt noch ihren Grundsatz, sonst möchte ich ihn doch nicht allgemein gangbar machen. Die Gefahren sind auffallend grösser bei der Operation als bei der Zange.
Anmerk. d. Herausg.

[3]) Eine geschickte Anwendung der Zange, ihre richtige Direktion beim Ziehen, wie ich sie im Archiv schon mehr angegeben habe, bedarf nur zweier Hände und nicht zwei bis drei Menschen und tödtet alsdann auch gar nicht. Anmerk. d. Herausg.

mung dazu erbittet, — dieses schreckt immer ab und die Meisten werden Widerwillen dagegen haben, weil sie dieselbe sich gefährlicher vorstellen, als sie in der That ist, und verstehen sie sich endlich aus Noth gedrungen dazu, so wird die Verzögerung ihr viel geschadet und das Kind schon getödtet haben und Gefahren, die alsdann nach derselben entstehen und die eigentlich eine Folge dieser Verzögerung oder andern fruchtlosen Operationen sind, werden dann mit Unrecht als Folgen der Synchondrotomie angesehen [1]).

Einige Gebärerinnen werden sie gar nicht verstatten, wenn man ihnen dieselbe erst kennbar gemacht hat, und also aus allzugrosser Besorgniss und Zärtlichkeit für ihre Selbsterhaltung ein Opfer derselben werden.

Besser wäre es also, wenn man diese Operation unternähme, ohne erst lange die Gebärerin dazu zu bereden und sie ihr vorzudemonstriren; denn wenn man dieselbe vorsichtig verrichtet, so ist sie weder mit vielen Schmerzen, noch mit Lebensgefahr verbunden.

Anmerkungen zu der ersten von Morisani angegebenen Statistik von 80 Fällen vom Oktober 1777 bis zum Oktober 1858.

Ergänzt nach den Angaben von Desforges.

Zu Fall 2: Bezüglich dieses Falles scheinen die Angaben von Harris irrthümlich zu sein, obwohl Baudelocque diese von Siebold ausgeführte Operation eine mühsame und schwierige nennt, da wegen Verknöcherung der Symphyse die Säge gebraucht werden musste. Trotz der Operation unter ungünstigen Bedingungen und übler Folgen soll die Frau genesen sein. Das Kind soll nach Siebold schon vor der Operation abgestorben sein.

Zu Fall 3: Nicht vollendete Symphyseotomie, dann Kaiserschnitt. 22jähr. Erstgebärende mit angeborner Hüftluxation. Geburt dauert schon 4 Tage; Conj. vera 5,5 cm. Nach Hautschnitt starke Blutung, Symphyse verknöchert, die Frau schreit, die Assistenten schimpfen, also Kaiserschnitt. Lebendes Kind, die Frau starb vor Ablauf von 8 Tagen; bloss Druckverband, keine Naht.

Zu Fall 4: Der Kopf trat mit vorliegender Hand tief herab. Deprès wollte schon zur Zange greifen, als er sich auf Grund des Erfolges der Sigault'schen Symphyseotomie zur Anwendung derselben entschloss. Kaum war der Schamfugenschnitt vollzogen, als auch sofort die Spontanexpulsion eines leider todten Kindes erfolgte. Diese am 21. Februar 1778 operirte

[1]) Ist vollkommen recht, doch muss man es den Umstehenden oder Verwandten nicht verschweigen. Anmerk. d. Herausg.

Frau kam am 10. Juli 1779, dann 1780 spontan nieder. Man dürfte daraus den Schluss ziehen, dass die Operation unnöthig war und das Becken nicht allzusehr verengt sein konnte.

Zu Fall 5: Patientin vorher 2 mal durch die Zange entbunden von Dr. Knap und Dr. Williams. Tod des Kindes wahrscheinlich durch Nabelschnurvorfall bedingt.

Zu Fall 7: Kurz vorher geboren, kein lebendes Kind. Nach Wendung wenn auch mit grossen Schwierigkeiten Extraktion eines lebenden Kindes; lebte eine Viertelstunde, Mutter starb nach 8 Stunden. Bei der Section fand man keinen Tumor vor, Conjugata 3 Zoll, Schambeine sehr beweglich, Ränder der Wunde, Scheide und hintere Uteruswand gangränös, Zellgewebe durchtränkt von übelriechender Flüssigkeit (nach Baudelocque).

Zu Fall 9: Baudelocque citirte diesbezüglich: „Da ich die Nothwendigkeit der Operation nicht einsah und auch einer der Konsultanten sie für überflüssig hielt, versuchte ich den einen in der Nähe des Muttermundes liegenden Fuss herabzuholen unter langen Versuchen ihn tiefer herabzuziehen um den anderen Fuss zu holen, Symphyseotomie. Jedoch wurde dadurch die Extraktion um nichts leichter. Man erfasste zuerst den linken Fuss und stiess ihn in die Gebärmutter zurück, um für den zweiten Fuss den Weg zu bahnen, den man jedoch nicht herunterzuholen vermochte, obgleich Guérard und seine beiden Genossen sich bei der Arbeit ablösten. Man wartete, in der Hoffnung der Kopf werde tiefer treten, aber vergeblich, also Excerebation, dann Zange, dann Haken. Die Extraktion gelang jedoch nicht, bis endlich nach 5 Stunden die Austreibung spontan erfolgte. Die um 1 Uhr mittags begonnene Operation wurde um 9 Uhr abends beendigt. Die Patientin überlebte dieselbe zur allergrössten Verwunderung des Operateurs 11 Tage.

Zu Fall 12: Keine Details über den Tod des Kindes. Laut Zeugniss der Hebamme Bellami kam diese Frau am 7. Oktober 1779 spontan nieder. Sigault schlug die Symphyseotomie vor, die Kreissende verweigerte dieselbe. Sigault, der nach ihrem Tode das Becken seiner Sammlung einverleibte, macht darauf aufmerksam, dass der kleinste Durchmesser 3 Zoll betrug, dass man unter diesen Bedingungen den Tod des Kindes nicht der Operation zuschreiben dürfe.

Zu Fall 13: Bei der zweiten Entbindung vollzog die Hebamme wegen des Vorfalles der Hand neben dem Kopfe die Wendung. Das Kind starb kurz danach. Frau Ride hat diese Thatsache der chirurg. Akademie 1782 mitgetheilt. Das Becken sollte durch starkes Vorstehen der Kreuzbeinbasis besonders linkerseits verengt sein.

Zu Fall 16: Bei der Section Conj.vera von 22—23 Linien gemessen. Die ileosocralen Gelenke eröffnet, Periostitis, dunkelgraue eitrige Flüssigkeit hat die Gewebe durchtränkt bis weit hinauf auf die linke Hüftschaufel. Falsche Diagnose, Conjugata war auf $2^1/_2$ Zoll berechnet. Traurige Folgen ungenauer Untersuchung! — Femme Vespres: 80 cm hoch, ging nur mit

Krücken, Erstgebärende. Sigault holte 4 Aerzte und 2 Accoucheure dazu. Conj. vera auf 68 mm geschätzt. Die Accoucheure verlangten Kaiserschnitt, die Aerzte Symphyseotomie. Nach der Operation Diastase 38 mm, Blasensprung, Wendung, Kind lebte nur wenige Minuten. Die Frau wurde ohnmächtig vor Schmerz, starb am 5. Tage. Bei der Sektion Diastase 1 Zoll. Abscess auf der linken Fossa iliaca, der mit der Scheide communicirt. Blase und Harnröhre intakt, Conj. vera nur 45 mm, Querdurchmesser 116.

Zu Fall 17: Man entschloss sich zur Operation wegen der protrahirten Entbindung, der Existenz einer nussgrossen Knochengeschwulst an der Seitenkante des Kreuzbeines oberhalb der Vereinigung mit dem Steissbeine und nach abermaligem vergeblichen Zangenversuch.

Nach vollzogener Symphyseotomie abermals Zange. Im Moment als der Kopf durchging, klaffte die Wunde nach unten zu so weit, dass ihre Entfernung von der Schamöffnung nur 2—3 Linien betrug; diese Brücke riss dann gleich in den ersten Tagen durch, so dass in der Folge beide Oeffnungen zu einer einzigen zusammenschmolzen, die noch durch einen Darmriss vergrössert wurde. Es nimmt also nicht Wunder, dass die theilweise gangränöse Zerstörung an Blase und Scheide die Veranlassung zu einer Blasenscheidenfistel wurde. Ausserdem faustgrosser Vorfall von Uterus und Scheide. Kind todt geboren. Bemerkenswerth, dass trotz vollzogener Symphyseotomie die Zangenextraktion doch nur sehr schwer gelang. Auf den Schädelknochen fand man an zwei Stellen Beschädigung durch schlechte Anlegung der Zange.

Zu Fall 21: Diese Frau war Mutter von drei Kindern. Jetzt stellt sich der Kopf weniger günstig ein als früher. Querlage des Gesichtes, indem das Gesicht zur Seite gewandt hinter das rechte Schambein getreten war. Professor Van Damne versuchte die Zangenextraktion, fand aber den Kopf fest eingekeilt und suchte ihn zurückzudrängen um die Füsse zu holen. Dasselbe versuchten zwei Collegen, die er persönlich aus St. Omer zu Hülfe holte. Nach der Symphyseotomie von neuem Zange, der extrahirte Kopf wies vielfache Beschädigungen durch die schlecht applicirte Zange auf. Das Kind erlag nach drei Wochen den Verletzungen des Schädels. Diastase spontan 4 cm, mehrere eiternde Wunden am Kopfe des Kindes. Die Mutter genas langsam, Blasenfistel, kein Hinken.

Zu Fall 22: 28jähr. rach. Erstgebärende. Seit 18 Stunden Wehen und Wasserabfluss, Meconium. Diastase 56 mm, Schädellage, Wendung (8 cm Diastase), scheintodtes belebtes Kind. Conj. vera 65 mm. Nach 12 Tagen schon freier Gang.

Zu Fall 23: Siebentgebärende, vorher 6 todte Kinder; Conj. diag. 85 mm. Nach Symphyseotomie Blasensprengung, Steisslage, Fuss ergriffen. Am 10. Tage schon aufgestanden, am 20. in die Kirche gegangen.

Zu Fall 28: 21jähr. Erstgebärende. Vergeblicher Wendungsversuch (Knap), vergeblich Zange — abgeglitten, Kind todt; Cambon kam und machte die Symphyseotomie, Zange, Kind 9,5 cm, Diam. bip. Während

Extraktion nahm Diastase noch zu, Krachen in den hintern Gelenken. Die Frau starb am 5. Tage. Das rechte hintere Beckengelenk klafft 16—18 mm, voll Eiter; Abscess auf der Fossa iliaca, Periost abgelöst bis zum Hüftgelenk, Conj. vera 70 mm.

Zu Fall 29: Dussausoi hat wie es scheint, die Symphyseotomie nur dann gewählt, wenn er die Gewissheit hatte, dass das Kind nicht lebt. Die Operation war schwierig, weil der Schnitt nicht die Schamfuge getroffen hatte, sondern 2 Linien weiter seitlich rechts auf das Schambein abgewichen war. Mehrfache vergebliche Zangenversuche, endlich Wendung auf die Füsse und Extraktion. Die Mutter starb nach 50 Stunden an den Folgen der Beckenverletzung. Das Kind schien schon seit geraumer Zeit todt zu sein. Wie konnte dies anders sein bei einer Conjugata von 1 Zoll und 7 Linien? (Nach Baudelocque citirt.) 40jähr. Erstgebärende; Geburt schon 5 Tage. Weder Hand, noch Zange, noch Haken liess sich einführen, Hängebauch erschwerte die Operation. Oedema der Vulva, Blutung, Ligaturen nöthig; Symphyse durchschnitten, Band riss durch. Während der Wendung wackelten die Knochen hin und her, Diastase 6,8 cm; bei der Extraktion Krachen in den hinteren Gelenken, Blase drängt sich in die Diastase ein. Peritonitis, Gangrän des Netzes und Uterus, Conj. vera 4 cm. Die hinteren Gelenke klafften 8 und 12 mm.

Zu Fall 30: Lavagnino: Da man nach Untersuchung des Beckens das Kind für todt hielt, zog man es mittelst Haken heraus; es lebte jedoch trotzdem und lebte noch eine volle Stunde. Die Mutter starb am 10. Januar, 17 Tage nach der Operation infolge von Gangrän der Gebärmutter und Scheide.

Zu Fall 34: Riollay: Die Frau starb $1^1/_2$ Stunde nach der dritten Ohnmacht. Nach Wendung Extraktion am Fuss, Kind todt seit längerer Zeit, Conj. vera 3 Zoll, Entfernung aber vom Steissbeinende zum Schamwinkel nur 2 Zoll 4 Linien.

Zu Fall 35: Giovanetti: Geburtswehen seit 4 Tagen, Kind todt, ein Fuss vorgefallen. Keine Extraktion möglich. Frau genas.

Zu Fall 37 und 43: 2malige Symphyseotomie von Damen 1783 und 1785. 34jährige Viertgebärende (2 erste Entbindungen mit Haken). Nach erster Symphyseotomie leichte Wendung, lebendes Kind; Camper's „bandage en acier"; Harnincontinenz 12 Tage lang. Nach 1 Monat Wunde verheilt, Gürtel abgenommen, 5 Wochen zu Bett, guter Gang, Incontinenz nur beim Stehen. Bei der 2. Operation Schädellage, Wendung auf Fuss, lebendes Kind; bis zum 3. Tage Alles gut, dann Peritonitis, aber nach 3 Wochen genesen. Nach 10 Monaten gesund befunden.

Zu Fall 38: M. V. Was soll man zu dieser Operation sagen? Man setzte eine Knochengeschwulst am ersten Kreuzwirbelkörper voraus bei einer Frau, die mehrere Jahre zuvor spontan eine todtfaule Frucht geboren hatte. Operation nach mehrmaligen vergeblichen Zangenversuchen und

nach Herabholen der Füsse; endlich hatte man die Wendung ermöglicht und mit Gewalt das Kind extrahirt; todtes Kind, Mutter sterbend. Da man keine Instrumente zur Hand hatte, Rasirmesser; zur Schamfugentrennung schärfte man ein Messer auf einem Steine; die Frau starb, Section zeigte, dass gar keine Knochengeschwulst vorhanden war.

Zu Fall 39: Leroy. De Mathiis. Das von Harris angebene Operationsdatum ist nicht genau. Nach Baudelocque hat Leroy nur 5 Frauen operirt: 1) Julie Collet am 18. Juli 1779; 2) Du Belloy am 24. Juli 1779; 3) Huguet, welcher Fall unter dem Namen des Herrn De Mathiis im Journ. de Méd. im April 1786 veröffentlicht ist; 4) eine Unbekannte im Hause der Frau Morlai am 12. März 1785 (Bericht im Journ. de Méd. April 1786); 5) eine andere Frau am 24. April 1785 in Gegenwart von Baudelocque. Von jener Zeit an, also auch am 7. August 1784 hat Leroy nicht mehr operirt. Nach einer Mittheilung Baudelocque's an einem anderen Ort sind von diesen 5 Frauen 4 genesen und 5 Kinder lebend geboren, aber das Kind der am 12. März Operirten starb nach 6 Stunden. 29jähr. Drittgebärende, Huguet. Conj. vera 67 mm. (Eine Kraniotomie, eine Extraktion eines todten Kindes durch Leroy vorher.) Nach Operation Wendung, Diastase 7 cm. Am 14. Tage aufgestanden, nach 1 Monat ging die Frau zur Kirche.

Zu Fall 40: Leroy: Das Kind starb nach 5—6 Tagen. Baudelocque sah die Operirte am 6. Tage; keine Wöchnerin konnte sich besser befinden. Am nächsten Morgen wurde ein Process gegen den königlichen Chirurgus eingeleitet. Der Minister, welcher von dem Process Kenntniss erhielt, veranlasste den Polizeiofficier ihm das zweifellos im Hospital untergebrachte Kind zu zeigen, welches man ohne derartigen Befehl nicht zu Gesicht bekommen konnte. Das Kind war bereits verstorben und konnte man seine Grösse nicht controlliren.

Zu Fall 41: De Mathiis: Erste Entbindung ohne Kunsthülfe, das Kind starb nach 15 Monaten, das zweite Kind wurde an den Füssen todt extrahirt, das dritte mittels Haken extrahirt. Zur 4. Geburt holte man De Matthiis; er holte Leroy, Baudelocque und dessen Bruder zu Hülfe und symphyseotomirte dann. Da die Nabelschnur vorgefallen war, konnte man nicht zuwarten. Das Messer glitt von der Schamfuge ab auf den absteigenden rechten Schambeinast zu. Aber zur Durchschneidung war grosse Kraft nöthig; da man dieselbe nicht riskiren wollte, versuchte man mehrfach die Durchschneidung an anderen Stellen. Bei den sägeartigen Bewegungen blieb das Messer an 2 Stellen fest sitzen, und es brachen Stücke aus, die man im Knochen sitzend jetzt sehen kann. Mathiis hielt die Operation für vollendet, führte die Hand ein um den Fuss zu ergreifen, während 2 Gehilfen so stark auf die Hüftbeine drückten, besonders auf das rechte, dass man einige Muskelinsertionen am horizontalen Schambeinast einriss. Baudelocque fügt in einer Anmerkung hinzu: Mit Recht kann man annehmen, dass die Durchtrennung der Symphyse keine vollständige war und erst nach

dem Tode vollständig wurde". Mit grosser Mühe extrahirte De Mathiis endlich ein Kind von 5¼ Pfd. Gewicht. Die Frau starb am 9. Tage. Fraktur des rechten Oberschenkels und linken Armes des Kindes. Conjugata vera 66 mm. Man kann sich über diesen Tod nicht wundern angesichts der bei der Section angetroffenen Verletzungen und der so barbarisch vollführten Operation.

Zu Fall 42: Leroy: Durchschneidung mit grossen Schwierigkeiten verbunden. Mehr gesägt als geschnitten. Der Schnitt war nicht median gefallen sondern um 2 Linien seitlich auf den linken Schamfugenknochen. Sofort nach dem Schnitt starke venöse Blutung, die Diastase der Schambeine erfolgte langsam während Einführung der Hand des Geburtshelfers, schnell aber während des Durchtretens des Gesässes. Man hörte dabei ein Geräusch als wie ein Platzen des linken Ileosacralgelenkes; in Gegenwart der Gebrüder Baudelocque. Schädellage mit Nabelschnurvorfall, Conj. vera 80 mm geschätzt. Baudelocque trat für Sectio caesarea ein. Diastase bei Schulterdurchtritt 54 mm. Das rechte Schambein blieb unbeweglich. Lebendes Kind, Mutter starb am 8. Tage. Bei der Section fand man bedeutende Verletzungen dieses Gelenkes und Gangrän der hinteren Uteruswand. Abscess auf der rechten Hüftschaufel. Conj. vera nur 6 cm.

Zu Fall 45: De Cambon: Deforme Person, 3 Fuss hoch. Die Hebamme und 2 Geburtshelfer (Knap mit seinem Assistenten) bemühten sich vergeblich die Hand behufs Wendung einzubringen, die Nabelschnur war neben dem Kopfe vorgefallen. Vergebliche Zange; endlich liess man von allen Versuchen ab. Knap proponirte den Haken. De Cambon entschloss sich zur Symphyseotomie, die aber viel schwieriger erschien als erwartet, das Skalpell wanderte von Hand zu Hand der drei Operateure ehe man damit zu Stande kam. Niemand wunderte sich dann auch über das todtgeborene Kind, das nach mehrfacher Anlegung mit der Zange extrahirt wurde. Die Mutter starb vor Ablauf von 6 Tagen infolge einer bedeutenden Verletzung des rechten Ileosacralgelenkes.

Zu Fall 46: Verdier Duclos: 29jährige Frau, rachit. Erstgebärende; Conj. vera 56 mm, Geburt dauert schon 80 Stunden. Der Operateur, der die Conjugata vera auf 21 Linien schätzte, behauptet, der Kopf sei so fest eingekeilt gewesen, dass er ihn bei zweimaliger seitlicher Zangenanlegung nicht rühren konnte noch zurückstossen, um den Fuss zu fassen, obwohl er seine ganze Kraft einsetzte. Diastase 5—6 cm. Das Kind kam spontan ausgetrieben lebend, starb aber bald; eine Fistel sowie der Tod des Kindes waren die Folge der protrahirten Geburt und der vor der Operation zur Anwendung gebrachten Manipulationen. Genesung am 32. Tage, aber Fistel blieb.

Zu Fall 47: Domenico Ferrara: Weder Marulla noch Pasqualoni erwähnen den Tod des Kindes. Die Symphyse ging auf 6 Linien auseinander, muss aber nachher gut verheilt sein, da die Frau 20 Jahre später noch Zeitungsausträgerin war.

Zu Fall 48: Dufay: Operation 12 Stunden nach Geburtsbeginn; Dufay begann und Leroy vollendete die Operation, da der erstere die Schamfuge nicht traf. Die Operirte stand schon am 13. Tage auf und ging, hinkte aber und empfand dabei Schmerz in der Schamfuge, nach Baudelocque's Ansicht war keine volle Consolidation der Schamfuge erfolgt.

Zu Fall 51: Mansuy (Journal de Médecine her. von Corvisart, Le Roux und Boyer). 36jährige Patientin, erste Entbindung durch Kunsthülfe, aber glücklich beendigt. 30 Stunden nach Geburtsbeginn Mansuy geholt, Kopf so fest eingekeilt, dass der untersuchende Finger den Eindruck erhielt, als ob gar keine Weichtheile zwischen Kopf und Beckenknochen existirten. Nabelschnur hing 6 Zoll weit vor. Die Frau verlangt Bauchschnitt. Nach vergeblichen Versuchen der Zangenextraktion oder wenigstens den Kopf zurückzudrängen nach einer Erholungspause von einigen Stunden Operation. 5—6 cm Diastase. Kopf spontan ausgetrieben, Schulter extrahirt; Conj. vera 75 mm. Nach 4 Wochen genesen, Abscess der rechten Art. sacro-iliaca, Harnincontinenz blieb.

Zu Fall 52: Im Spital in Paris, wie lange nach Geburtsbeginn eingetreten, nicht bekannt. Man wusste nur, dass die Kreissende aus der Gegend von Melun kam. Kaum 2 Zoll Conjugata vera, Nabelschnur und eine Hand vorgefallen; man operirte sofort Wendung, Extraktion an den Füssen, die Frucht starb während der Operation ab, die Mutter bald nach der Operation. Conjugata maass thatsächlich nur 2 Zoll; ausgedehnte Scheidenzerreissungen, Uterus aufgetrieben.

Zu Fall 57: Brodthlag: Vorher 2 Kinder geboren. Bei der dritten Entbindung amputirte man, das Kind für todt haltend, eine vorgefallene Hand; dann Symphyseotomie. Die Schambeinenden gingen sofort auf 2 Zoll auseinander und $^1/_2$ Stunde später erfolgte spontane Austreibung; die Operirte genas nach 22 Tagen.

Zu Fall 59: Amantea: Der spät gerufene Chirurg konnte erst nach Wasserabfluss operiren. Gegen 3 Uhr Nachts erfolgte spontane Austreibung eines todten und am Schädel Verletzungen aufweisenden Kindes. Verheilung der Symphyse nach 30 Tagen. Die Frau starb dennoch nach 40 Tagen an Wassersucht. Augenscheinlich waren hier Tod der Mutter und des Kindes unabhängig von der Operation.

Zu Fall 60 und 62: Femme Lauzanne: 1. Entbindung 1803 im 7. Schwangerschaftsmonat bei todtem Kinde, Conj. vera 7 cm. Baudelocque machte die Perforation, Frau Lachapelle die Wendung und Extraktion. 2. Entbindung 1808. Baudelocque verlangte Sectio caesarea, aber Dubois vollzog in seiner, Danyau's und Mad. Lachapelle's Gegenwart die Symphyseotomie. Linke Art. sacroiliaca während Extraktion bei Diastase von 4 cm beschädigt. Kind überlebte die von Mad. Lachapelle nur mit Mühe erledigte Wendung und Extraktion nur wenige Minuten. Schnelle Genesung der Mutter, aber erschwerter Gang und etwas

Harnincontinenz. 3. Entbindung 1809: Symphyseotomie durch Dubois in Gegenwart von über 200 Studenten, Roux, Capuron, Danyau, Marchais, Marjolin, Audibert u. A. Sofortige Diastase 4 cm. Gardieu machte die Wendung und extrahirte mit Zange an dem nachfolgenden Kopf ein asphyktisches aber belebtes Kind, das nach 3 Wochen noch lebte. Auf die Wunde trockene Charpie und darüber ein von Roux angegebener Specialverband. Vom 2. Tage an einige Tage lang Nausea, Erbrechen, Meteorismus, Besserung am 4. Tage. Am 16. Tage Cystitis, die mehrere Wochen andauerte. Nach 5 Wochen aufgestanden, Gang gut, nur noch etwas Schmerzhaftigkeit in der Schamfugengegend.

Zu Fall 61 und 70: Femme Morel (Vermandois, Journ. de méd. T. 19 u. 22 — citirt nach Desforges S. 85): Erste Entbindung im 28. Jahre 1806, bei Meconiumabgang und voller Eröffnung; Haken, Bohrer und Zange, Kopf bleibt in der Beckenhöhle, Wendung und stumpfer Haken auf den nachfolgenden Kopf. Zweite Entbindung 1808: Fuss in der Scheide, Wasserabgang bei Geburtsbeginn am Tage zuvor. Vermandois macht die Symphyseotomie, Diastase 2 cm; Vermandois holt den linken Fuss, extrahirt (Diastase 4 cm) und Zange an den nachfolgenden Kopf (Diastase 5 cm). Todtes Kind mit Schädelbruch in der Temporalregion (Conj. vera 67 mm), Specialgurtverband. Heilung binnen 15 Tagen, Gang und Harnen normal, nur etwas Schmerz am linken Ileosacralgelenk. Am 12. Tage aufgestanden, 18. Tag mehrere Treppen auf, Treppen ab, nach 4 Wochen geht die Frau in die Kirche. Dritte Entbindung 1811: Vermandois sprengt Eihäute, Gesichtslage, Symphyseotomie, schwierige Wendung, Zange an nachfolgendem Kopf, todtes Kind. Glatte Heilung, Vermandois schreibt den Tod beider Kinder der Wendung zu und spricht der Zange nach vollzogener Symphyseotomie das Wort.

Zu Fall 64: Kreissende erst nach vielen vergeblichen Zangen- und Wendungsversuchen in das Spital gebracht. Nach 12stündigem Warten fühlt die Kreissende keine Bewegungen mehr. Dubois wollte perforiren, stand jedoch davon ab, weil der Schädel zu gross und ödematös war. Béclard spaltete die Symphyse, aber erst nach mehrfacher Zangenanlegung gelang die Extraktion. Nach fieberhafter Eiterung genas die Frau, aber es hinterblieb eine Blasenscheidenfistel. Kind 6½ Pfund, Kopf gross mit wenig in den Nähten beweglichen Knochen.

Zu Fall 65: Nach zahlreichen Zangen- und Wendungsversuchen bei Nabelschnurvorfall endlich Operation, obwohl Kind schon seit mehreren Stunden todt. Neue Zange; während der Kopf passirte vernehmliches Krachen. Frau starb am 6. Tage. Bei Section Abscess an der Symphyse bis an die hinteren Gelenke und an ein Hüftgelenk reichend. Kleine Diastase des linken Ileosacralgelenkes.

Zu Fall 71: 17jährige rachitische Person, 3 Fuss, 5 Pariser Zoll hoch, trat am 17. Januar ein. Becken nach rechts geneigt, schiefstehend. Wasserabfluss nachts 2 Uhr, Fusslage. Am 18. Januar früh 9 Uhr Ope-

ration, 7 Stunden nach Wasserabfluss. Todtes Kind geboren. Der Tod soll durch die 7stündige Compression des Kindskopfes erfolgt sein, nicht aber durch die leicht und vorsichtig ausgeführte Extraktion. Am 20. Mai litt die Frau an Harnträufeln.

Zu Fall 72: Rachitische 35Jährige, 3 Fuss, 5 Pariser Zoll hoch, am 14. März aufgenommen, 1 Uhr nachts Wasserabfluss. Am nächsten Morgen Muttermund $2^1/_2$ Zoll geöffnet, Kopf im Beckeneingang eingekeilt, Wehen ständig. Um 2 Uhr tritt der Schädel tiefer. Um $3^1/_2$ Uhr Operation. Um $6^1/_2$ Uhr nachmittags spontane Austreibung einer lebenden Frucht. Fieber: Aderlasse, Ipecacuanha, Tamarinden, Schwäche, Durchfälle, Tod am 23. Tage. Section: Meteorismus des Unterleibes, Gelenkbänder im natürlichen Zustande. An der hinteren Uteruswand entsprechend dem Promontorium eine einem $^1/_2$ Skudi an Grösse entsprechende gangränöse Stelle. Das nach rechts verschobene Promontorium bildet hier einen stumpfen Vorsprung, der wahrscheinlich jene Usur am Uterus hervorgebracht hat.

Zu Fall 73: Trat mit Wehen ein bei Fusslage. Leichte Extraktion, aber Schwierigkeiten bereitete der nachfolgende Kopf. Ausgetragenes Kind starb im Findelhause nach 48 Stunden. Die Kranke klagte in den ersten Tagen etwas über Schmerzen, war aber sonst wohl, bekam jedoch später Fieber und Fröste; (ein gleiches Fieber befiel in diesem Jahre eine grössere Anzahl wegen Blasenstein Operirter im selben Spital, Erbrechen, durch Stuhlgang eine Menge Ascariden und fauliger Substanz entleert). Tod am 18. Tage nach Operation, am 11. Tage des Fiebers. Section: Scheide und Uterus normal, die hinteren Beckengelenke beweglich aber nicht zerrissen, nirgends durch Bandzerreissung entblösst, die Eingeweide hochroth mit bläulichen Streifen, viele Ascariden im Darm.

Zu Fall 78: Stark vorspringendes Promontorium. Symphyse springt vor, dreieckige Form des Beckens, Verengerung auf $^2/_3$ der normalen Weite, Bewegungen haben aufgehört, Wehen nachgelassen, Kind für todt gehalten, so war es auch. Patientin genas nach einem Monate.

Zu Fall 81: Femme Hervieux, 21jähr. I-para, rachit., Conj. vera 70 mm. Nach mehreren vergeblichen Zangenversuchen hält man das Kind für todt und will schon perforiren, aber Béclard zieht die Symphyseotomie vor und durchschneidet den Knorpel von oben nach unten, von vorn nach hinten. 3mal vergeblich Zange angelegt nach Operation. Erst nach der 4. Anlegung einer festeren Zange Kind von 6 Pfund extrahirt; während des Durchtritts Krachen im rechten Ileosacralgelenk. Diastase steigt dabei von 26 auf 60 mm. Meningealer Bluterguss und Fraktur beider Parietalia, Kind starb nach 2 Stunden. Escharae an Vulva und Vagina, Vernarbung der Wunden erst nach 65 Tagen. 9 Monate später constatirte Frau Lachapelle eine Vesicovaginalfistel. Gang gut.

Zu Fall 83: Vorher 2 glücklich abgelaufene Entbindungen im 17. und 20. Lebensjahre. Am 23. Wasserabfluss, am 26. operirte Galbiati; vergeblich wartete man auf die Austreibung bis zum 28. Kind todt. Mutter

verfällt, also führte Galbiati mit Papaleo die Perforation aus und holten dann mit Gewaltanwendung die Schädelbasis heraus. Section: Gangrän der durchlöcherten Scheide, Blase und Gebärmutter. Das Promontorium steht vor in Gestalt des Schnabels eines Kruges. $2^1/_2$ und 3 Zoll die Beckeneingangsmaasse, Ausgang $3^1/_4$ und 2 Zoll.

Zu Fall 92: 2 Tage nach Wehenbeginn aufgenommen, Wasser abgegangen zuvor um 5 Uhr morgens. 23 Stunden nach der Operation spontane Austreibung eines reifen, todten Kindes. Die Frau starb am 23. Februar. Gangrän der Scheide und Gebärmutter. Das todte Kind wog 8 Pfund 8 Unzen. Cattolica schreibt: das Resultat wäre ein anderes gewesen, hätte man nicht unter Pflege einer Hebamme 2 Tage lang vergeblich zugewartet und den Uterus misshandelt. Cattolica tadelt das unentschlossene Zaudern und Zögern da, wo es gilt, zu handeln, will man nicht mit Sicherheit die Frau verlieren: occidit qui non servat.

Zu Fall 96: Annali clinici. Bericht von de Renzis. Operation am 10. Juli 1835. Seltene und schwache Wehen 26 Stunden lang, früh Bad, Mutterkorn und Aderlass; Wehen etwas stärker, am 12. Juli neuerdings Mutterkorn und Bad, am 13. mittags Blasensprung, nach 24 Stunden Kephalhämatom. Endlich, da die Geburt stillsteht, Zange. Männliches ausgetragenes Kind seit mehr als 24 Stunden abgestorben.

Zu Fall 97: Wehenbeginn vor 24 Stunden. Am nächsten Morgen um 10 Uhr Muttermund kaum eröffnet. Consultation, bei der die Einen die Zange vorschlagen, die Anderen die Symphyseotomie, endlich versuchsweise Zange beschlossen, — vergeblich. Man sieht endlich den nutzlosen Zeitverlust ein und operirt: jetzt leichte Extraktion des ausgetragenen Knaben; das Kind scheint vor ganz kurzer Zeit erst abgestorben. Am rechten Parietale eine Fractur, linke $^1/_2$ Zoll tiefe Eindrücke an mehreren Stellen, so dass der biparietale Durchmesser des durch Fractur und Impression verschmälerten Schädels nicht mehr als $2^1/_4$ Zoll betrug.

Zu Fall 98: Am 4. Februar Wehenbeginn, am nächsten Morgen Wasserabgang, abends 5 Uhr in das Spital aufgenommen. Oeffnung des Muttermundes 1 Zoll. Galbiati schätzt die Conjugata auf $2^1/_2$ Zoll und verordnet der schwachen Wehen halber ein Bad und Mutterkorn. Diese Mittel werden bis Mittag des folgenden Tages angewandt. Alsdann Symphyseotomie, Geburt schreitet gleichwohl nicht fort. Abends bildet sich eine bedeutende Kopfgeschwulst. Kräfteverfall, Tod. Section: Schambeinabstand von 3 Zoll, der Schnitt hat nicht die Mitte getroffen, sondern ist um $^1/_2$ Zoll nach links auf den horizontalen Schambeinast abgewichen, das rechte Ileosacralgelenk ist geplatzt und klafft so weit, dass man mit Leichtigkeit den Finger einführen kann; Conj. vera $1^3/_4$ Zoll; Uterus und Scheide entzündet, reife Frucht seit 2 Tagen todt, die Schädelknochen stellenweise blossgelegt.

Zu Fall 99: Consultation am 11. Mai. Conjugata auf 2 Zoll geschätzt und Kaiserschnitt gerathen; Galbiati schlägt trotz der grossen

Verengerung die Symphyseotomie vor. Ende Mai Operation und nach 1stündigem Zuwarten Zange; lebendes, gesundes Kind. Die Wöchnerin begann am 2. Juni zu gehen, starb aber am 21. Juni, 30 Tage nach der Operation. Section verweigert.

Zu Fall 100: 1833 erste Entbindung mit Kephalotrypsie beendigt. Nach der Symphyseotomie spontane Zwillingsgeburt, der Knabe lebte noch, Mädchen todt, beide Kinder sahen ihrem Entwicklungsgrade nach mehr nach 7 als nach 9 monatlichen aus. Aus der Symphysenwunde stiess sich ein Knochensequester ab, nach 2 Monaten genesen.

Zu Fall 102: Baudelocque (der Neffe) operirte nach Kilian am 2. April 1833 mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind [Annales d'Obstétrique p. 50 von A. T. Chrestin angezeigt], nach Desforges aber (l. c. S. 88) am 21. April 18??: 26jähr. Frau, II-para, Conj. vera 75 mm. Bei der ersten Entbindung Kephalotrypsie am todten Kinde und Austreibung nach 75stündiger Geburt. Bei der zweiten Entbindung machte August Baudelocque auf den Rath von Désormeaux und Paul Dubois hin die Symphyseotomie. Geburtsbeginn 20. April mittags. Abends volle Eröffnung bei stehender Blase, Schädel nicht eingetreten. Am 21. April früh Consilium mit Boyer und Hervez de Chégoin. Nach Anlegung eines Specialapparates, der das Becken zusammenhalten soll, Hautschnitt schräg von rechts nach links, Blutung. Knorpel mit Bistouri von unten nach oben zu durchtrennt. Diastase sofort 3—4 cm. Man tamponirt, dabei platzen Eihäute und Nabelschnur fällt vor, Zange, dabei Diastase 5,5 cm. Lebendes Kind von $5^1/_2$ Pfd., Diam. bip. 9,5 cm. Schambeine durch den Apparat einander genähert, kein Verband. In den ersten Tagen Zustand gut, am 7. Eiterung stark, 11. Tag Decubitus am Sacrum. 13. Tag Verfall der Kräfte, 16. Tag (6. Mai) nach 6stündigem Erbrechen Tod. Bei der Section Genitaltractus in bester Ordnung. Ileosacralgelenke intact, Blase und Harnröhre frei. In der rechten Niere 2 grosse Steine. „On attribue la mort à en déplacement de ces calculs.“ [Thèse de Lecarpentier 1833.]

Zu Fall 103: 30jährige Rachitische. Seit 48 Stunden Wehen, vor 24 Stunden Wasserabfluss. Frucht scheint leblos und wegen übelriechenden Ausflusses wahrscheinlich schon seit längerer Zeit. Schwache Wehen, vor der Operation $1^1/_2$ Tage lang Mutterkorn und Bäder. Todtfaule Frucht, Frau starb nach 3 Tagen. Scheide und Uterus gangränös.

Zu Fall 105: Schwache Wehen dauern von 4 Uhr morgens an. Um 7 Uhr kommt Galbiati, misst das Becken mit seinem Pelvimeter aus und zerreisst bei dieser Manipulation die Eihäute. Operation, Blutung, Nabelschnur fällt kalt und pulslos vor, Wehen hören auf; Muttermundöffnung nur 1 Zoll, abends Kephalotrypsie, nachts kam die Frucht spontan zur Welt, ausgetragen, aber wahrscheinlich schon vor der Perforation abgestorben. Die Kranke starb am selben Tage. Bei Section Symphysendiastase von 1 Zoll, der Schnitt war auf den linken Schambeinast gefallen, 8—10 Linien jenseits der Mittellinie; Ileosacralgelenke intact.

Zu Fall 106: Mit Wehen eingetreten am 29. März. Am 30. Aderlass, Mutterkorn und Bad. Schwache Wehen, nachts Wasserabfluss. Tags über wieder schwache Wehen, abends Symphyseotomie, Mutterkorn und Bäder. Man wartet dann die ganze Nacht vergeblich zu, morgens Zangenextraktion eines todtfaulen Kindes; die Frau starb am nächsten Tage. Section: Scheide, Uterus unverletzt; Schamfugendiastase von 2 Zoll; das rechte Ileosacralgelenk intact, das linke eingerissen mit Bluterguss ringsherum, Schambein an mehreren Stellen blosgelegt mit Exsudat ringsum. Conjugata vera $2^1/_4$ Zoll.

Zu Fall 107: 3 Entbindungen glücklich vorher, seit der letzten jedoch Schmerzen in den Hüftgelenken und erschwerter Gang. Neue Schwangerschaft, dabei Schmerzen im Becken. Wehenbeginn, erst 12 Tage nach Wasserabfluss in's Spital. Symphyseotomie, Austreibung der Natur überlassen, die Frau starb aber unentbunden am nächsten Tage. Bei Section zeigt sich eine ausgedehnte Ruptur der hinteren Uteruswand ($^2/_3$ der Länge); die Frucht und die Placenta in die Bauchhöhle getreten. Beide Schambeine ragten nach vorn vor, gleichsam einen spitzen Winkel mit einander bildend, so dass das Becken der Gestalt nach einem Maulkorb ähnelte. $2^1/_2$ Zoll Conj. vera, Quermaass $4^1/_2$ Zoll, vorn Promontorium zum rechten horizontalen Schambeinast nur 8 Linien, zum linken $1^1/_2$ Zoll vom Promontorium zur rechten Gelenkpfanne 1 Zoll, zur linken $1^1/_2$ Zoll; 8 Linien Abstand zwischen den rami asc. oss. ischii.

Zu Fall 123: Frühgeburt im 8. Monat, trat mit Wehen in das Spital ein. Kopf über dem Scheideneingang. Um 10 Uhr früh Operation. Kind um 2 Uhr spontan lebend geboren, starb aber bald. Alles schien günstig für die Mutter, aber sie ass zu viel. Am 6. Tage brach die Wunde auf mit Eiterentleerung, Tod am 18. Tage. Bei der Operation verletzte man eine Vene, zur Blutstillung goss man in die Wunde die hämostatische Flüssigkeit von Follier. Bei Section Abscess zwischen Symphyse und Bauchfell, in der Mitte ein Knochensequester, ein Stückchen des angeschnittenen rechten Schambeinastes. Die Eiteransammlung erreichte nach rechts zu das foramen ovale-Hüftgelenk. Die ileosacralen Gelenke wiesen nur eine grosse Beweglichkeit auf. Conj. vera 2—4, linker schräger Durchmesser 4—6, rechten 3—7 Zoll.

Soweit reicht die Tabelle der ersten Statistik Morisani's, die jedoch, wie gesagt, nicht erschöpfend ist und nur 80 Fälle umfasst sammt den bezüglichen Anmerkungen, die in Uebersetzung wiedergegeben sind.

Es wäre interessant dies gesammte Material heute noch einmal in extenso zu studiren und von den heutigen Gesichtspunkten aus zu untersuchen. Leider fehlt mir dazu die Möglichkeit hier in Warschau die litterarischen Quellen aufzutreiben,

ich musste mich also nolens volens darauf beschränken, die Statistik Morisani's hier so, wie sie ist, wiederzugeben und kann nur 56 Fälle hinzufügen, die bei Morisani nicht berücksichtigt sind.

Ergebniss der Statistik Morisani's: Auf 80 Operationen hat man 52 Mütter gerettet, 28 sind gestorben; von 81 Kindern 45 todt, 33 lebend, Loos dreier unbekannt.

Nach der Beckenverengung theilt Charpentier die Fälle folgendermaassen:

Conj. vera	8,8 cm	1 Fall:	Loos der Mutter unbekannt, Kind starb bald.
„ „	8,0 „	4 „	2 Mütter gerettet, 2 starben; 1 Kind lebend, 3 todt (1 vor der Operation verstorben).
„ „	7,4 „	1 „	Mutter und Kind lebend.
„ „	7,3 „	3 „	2 Mütter gerettet, 1 starb; 3 todte Kinder.
„ „	7,2 „	1 „	Mutter und Kind lebend.
„ „	7,1 „	1 „	Mutter und Kind lebend.
„ „	6,9 „	3 „	1 Mutter gerettet, 2 starben; 2 Kinder starben kurz vor, 1 bald nach der Operation.
„ „	6,7 „	18 „	10 Mütter gerettet, 8 starben; von 19 Kindern (1 Zwillinge) 11 lebend, davon 3 bald starben und 8 todt geboren, davon 5 vor der Operation abstarben.
„ „	6,5 „	1 „	Mutter starb, Kind starb bald nach der Operation.
„ „	6,3 „	3 „	1 Mutter gerettet, 2 starben; 2 Kinder lebend (1 starb nach 48 Stunden), 1 vor der Operation abgestorben.
„ „	6,1 „	11 „	8 Mütter gerettet, 3 starben; 7 Kinder lebend (2 starben bald), 4 todt geboren.
„ „	5,4 „	2 „	2 Mütter gerettet, 2 Kinder todt.
„ „	5,1 „	2 „	2 Mütter gerettet, 2 Kinder todt.

Conj. vera 4,8 cm 1 Fall: Mutter und Kind gerettet, aber Kind starb bald.

" " 4,5 " 1 " Mutter starb, Kind gerettet.

" " 4,4 " 1 " Mutter gerettet, Kind todt.

18mal ist der Grad der Beckenverengerung nicht angegeben: davon 16 Mütter gerettet, 2 verstorben; 6 lebende Kinder, 12 todte (1 vor der Geburt abgestorben).

3mal handelte es sich um Beckenverengerung durch Exostosen: 2 Mütter starben, 3 Kinder todt (1 starb vor der Geburt ab).

3mal lag Osteomalacie vor: 1 Mutter starb, 2 Kinder todt (1 vor der Geburt abgestorben).

Beckenausgangsverengerung 2mal: 1 Mutter gerettet, 1 starb, 2 Kinder todt (1 vor der Geburt abgestorben).

Todesursachen waren: Peritonitis, Endocarditis; fast in allen Fällen Endocarditis infectiosa.

Als Complicationen bezeichnete man: 5 mal Harnincontinenz, 3mal eine Blasenscheidenfistel, 1mal Gebärmuttervorfall, einmal uterine Blutung ex atonia.

Fruchtlage: 18 + 35 = 53mal Schädellage, 1mal lag Schädel und Hand vor, 5mal Schädel und Nabelschnur, 7mal Steisslage; 2mal unvollkommene Steisslage, 5mal Gesichtslage, 4mal vorliegende Schulter, Hand und Nabelschnur 3mal.

Vor der Operation der Symphyseotomie versuchte oder ausgeführte und nach der Symphyseotomie ausgeführte Operationen: 7mal Wendung, Wendung und Zange 6mal, Wendung, Zange und Kraniotomie 1mal, Zange 10mal, Kraniotomie, Zange, scharfer Haken 1mal, scharfer Haken allein 1mal, Kraniotomie allein 3mal.

Beendigung der Geburt: Füsse 9mal, Steiss 3mal, Extraktion an den Füssen 22mal, Hinterhauptlage 17mal, Gesichtslage 5mal, Scheidellage 24mal.

Nach Morisani's Tabelle erhielt Charpentier auf 80 vor der antiseptischen Zeit der Wundbehandlung ausgeführte Symphyseotomien: 52mal Rettung und 28mal Tod der Mütter = 31,25% Lethalität, 33 lebende Kinder (von denen 10 bald

starben) und 45 todte Kinder; das Loos dreier Kinder unbekannt. 1mal Zwillinge, also 51,85 % (67,90 % die bald verstorbenen Kinder mit eingerechnet) Lethalität für die Kinder.

Angesichts einer so colossalen Sterblichkeitsziffer kann man leicht die Opposition der Cäsarianisten verstehen, die wenigstens die Hälfte der Kinder retteten.

Morisani giebt uns also Kenntniss von 80 Operationen von 1777—1858.

Nun kann man aber, abgesehen von etwa übersehenen und unzugänglich gebliebenen beschriebenen Fällen gewiss mit Recht annehmen, dass überhaupt nicht alle Fälle zur öffentlichen Kenntniss gelangten, d. h. beschrieben wurden, umsomehr, wenn sie ungünstig verliefen. Eine genaue Statistik, d. h. der gewissenhaft wahre Ausdruck dessen, was stattgehabt hat, ist also überhaupt nicht zu geben. Die Statistik hat deshalb, wie jede Statistik überhaupt, nur einen relativen Werth um so mehr als man Operationen, die von einem tüchtig geschulten und erprobten Kliniker ausgeübt werden, nicht in einen Topf werfen, nicht mit dem gleichen Maasse messen kann, wie Operationen, die leichtsinnig, ohne Sachkenntniss vorgenommen werden, oft sogar direct contraindicirt.

Sei dem wie ihm wolle, wir müssen uns eben vorläufig mit dem Material begnügen, welches da ist und wie es ist. Ich zweifle nicht daran, dass gleich dem klassischen Kaiserschnitt auch die Symphyseotomie ihren Sänger finden wird — vor allem gehört dazu die entsprechende Universitätsbibliothek bezüglich der historischen Studien der Frage.

Wie gesagt, habe ich die Statistik Morisani's von 80 Fällen noch um 56 Fälle vermehrt. Das Ergebniss dieser Statistik von 136 Operationen erlaube mir hier einzuschalten:

Auf 136 Operationen kommen 137 Kinder.

Dreimal Symphyseotomie nicht durchgeführt (Kaiserschnitt folgte), 30mal Schicksal des Kindes nicht angegeben, bleiben 104 Kinder:

vor der Operation abgestorben . . .	13	
todtfaul	1	
sub partu abgestorben	40	
bald nach der Geburt gestorben . .	16	50 lebend
lebend erhalten zur Zeit des Berichtes	34	geboren
	104	

Die Extraktion erfolgte laut Angabe 10mal mit der Zange bei Schädellage, 2mal Zange an nachfolgendem Kopf; 20mal Wendung und Extraktion an den Füssen ohne Angabe, ob Wendung vor oder nach der Symphyseotomie.

Geburt einmal erst 4 Tage nach der Symphyseotomie durch Extraktion beendigt; 2mal 1 Tag nach Operation. Bei einer doppelseitigen Pelviotomie Galbiati's (Fall 93) an einem Tage links, am folgenden erst rechts Durchsägung des Beckenringes, dann nach vergeblicher Zange, Excerebration; 6mal nach Operation Spontanaustreibung angegeben, einmal nach $^1/_2$ Stunde, 1mal bald, je 1mal nach 9, 13, 18, 23 Stunden. Die todten Kinder waren meist meningealen Blutergüssen bei Schädelverletzung erlegen, aber auch Absterben bei Nabelschnurvorfall und bei schwerer Extraktion angegeben. Bezüglich der Reife des Kindes fehlen Angaben, nur einmal ausdrücklich angegeben, 8monatl. Frucht. Bezüglich der Lagerung der Frucht ist ja in manchen Fällen angegeben Fuss, Steiss, Schädel, Gesichtslage, Schulterlage, Querlage etc. in den weitaus meisten Fällen fehlen jegliche Angaben oder sind ungenau, so dass eine diesbezügliche Zusammenstellung nur einen sehr zweifelhaften Werth für uns haben kann. Ja, wären nur die litterärischen Quellen für diese sämmtlichen Fälle direkt zugänglich, so liesse sich wohl mancher Nutzen, manche Lehre aus den detaillirten Beschreibungen ziehen, jedoch sie dürften nicht blos für mich allein unzugänglich sein. Nehmen wir deshalb fürlieb mit diesem Gesammtergebniss, dass auf 104 (von 136) Operationen nur 50 Kinder lebend zur Welt kamen, von denen 16 in den ersten Minuten, Stunden, in den ersten 3 Tagen den davongetragenen Schädigungen erlagen. Wie viele von diesen 34 als „lebend" eingetragenen Kindern 1 Woche überlebt haben mögen, wissen wir nicht. Die Zahl der 1jährigen Kinder mit Symphyseotomie

der Mutter geboren, dürfte dann wohl noch bedenklich kleiner ausfallen!

Immerhin müssen wir mit der Angabe von 50 lebend geborenen und 34 überlebenden Kindern auf 104 rechnen.

Von den 136 Müttern ist 25mal über das Schicksal nichts gesagt, 3 Fälle kommen in Abzug, weil bei nicht gelungener Symphysendurchtrennung der Kaiserschnitt hinzugefügt wurde, bleiben also für unsere Statistik nur 108 Fälle zu verwerthen. Auf 108 Operationen starben an den Folgen der Operation: 39 Mütter, davon 2 trotz Symphyseotomie unentbunden (Nr. 98 und 107); 69 Mütter sind als genesen angegeben, also 36,1% Sterblichkeit der Mütter. Die Zahl der „lebenden" Kinder nach Abzug der 16 an den Geburtsläsionen bald verstorbenen betrug nur 34, also 70 todte Kinder auf 104 Operationen (resp. einmal Zwillinge, also 103 Operationen) = 67,3% todtgeborene Kinder, freilich sind von diesen 70 todten Kindern 14 als vor der Operation abgestorben angegeben, somit 56 vorher noch lebende Kinder trotz der Symphyseotomie todt zur Welt gekommen, resp. innerhalb weniger Minuten bis 3 Tagen gestorben. 56 todte Kinder = 62,2%; mit Berücksichtigung der 16 bald nach der Geburt gestorbenen, also doch immerhin lebend geborenen Kinder, würde die Procentzahl der schon sub partu abgestorbenen, also todt geborenen, vor der Operation aber noch lebenden Kinder, 44,44% betragen. Aus nahe liegenden Gründen haben jedoch diese statistischen Angaben für uns heute nur einen historischen Werth, da die Fälle zu heterogen sind, sowohl was Alter, Kräfte und Gesundheitsumstand der Kreissenden anbetrifft, als den Grad der Beckenenge, Geburtsdauer, Bedingungen quoad septische Infektion, Indikation, Sachkenntniss, Technik des Operateurs, Pflege u. s. w.

Wir werden also nur des geschichtlichen Interesses halber die Zahlen notiren:

Auf 108 Operationen (von 136) von 1777—1860 betrug die Zahl der mütterlichen Todesfälle: 36,1%. Auf 104 Kinder

(bei 103 Operationen) betrug die Zahl der todtgeborenen 44,44 %, einschliesslich der binnen 3 Tagen gestorbenen 16 Kinder 62,2 %.

Der Tod der Mutter erfolgte einmal 2 Stunden, einmal einige (?) Stunden, einmal 2 Tage, einmal 3 Tage, dreimal 5 Tage, einmal 6 Tage, zweimal 8 Tage, zweimal 9 Tage, je einmal 11, 12, 15, 18, 40 Tage nach der Operation.

Tod meist an Sepsis Peritonitis, Gangrän des Netzes der Geburtswege und Blase, Weichtheilrissen; jedoch ist auch Wassersucht und Pneumonie angegeben. Da genaue Details in den meisten Fällen fehlen, sind alle diese Angaben nur wenig zu verwerthen.

Mehrmals wurde während der Extraktion deutliches Krachen in den hinteren Beckengelenken beobachtet, mehrmals kam es direkt zur Vereiterung der hinteren Beckengelenke mit Abscessbildung nach dem Gesäss hin oder aber nach vorn zu, Eiterherden auf der Fossa iliaca, im gesammten Beckenzellgewebe. Die Symphysis pubis verwuchs mehrmals nicht oder ungenügend, blieb klaffend und beweglich, so dass die Schambeinenden auf- und abstiegen an einander. Im Falle 76 kam die Frau 1 Jahr nach der Symphyseotomie spontan nieder, bei der nächstfolgenden Geburt aber musste Rizzoli die Wendung machen und constatirte dabei Dilatabilität des Beckens in der Symphyse. In der Kasuistik sind einige Male die ominösen Weichtheilrisse an der vorderen Wand des Genitalschlauches neben Harnröhre bis in die Symphysenwunde hinein angegeben, leider aber meist nicht genau beschrieben.

In Fall 83 von Galbiati wurde die Geburt erst am 3. Tage nach der Symphyseotomie beendigt, in dem Fall 96 Galbiati's gar Zangenextraktion des abgestorbenen Kindes erst 4 Tage nach der Symphyseotomie und doch ist die Mutter genesen. In Fall 98 starb die Kreissende trotz Symphyseotomie **unentbunden.**

Im Falle 30 extrahirte man nach vergeblichen Zangen- und Wendeversuchen das todt geglaubte Kind mit dem Haken,

es wurde lebend geboren und starb erst nach einiger (?) Zeit.

Zweimal sind Exfoliationen von Symphysenknochensequestern angegeben, in Fall 94 und 123.

Harnröhrenfistel in Fall 1, Vesicovaginalfisteln in Fall 17, 21, 46, 64, 81, Harnincontinenz ausserdem noch in Fall 37, 48, 51, 60, 63, 71, 96, jedoch fehlen eben in vielen Fällen jegliche präcisen Angaben; mehrmals ist prolapsus uteri et vaginae angegeben, lahmender Gang u. s. w.

Bezüglich der Operationsdauer sind einmal in dem Guérard'schen Fall in Düsseldorf 8 Stunden angegeben, die Entbindungen durch Galbiati mit seinem Zuwarteprincip zogen sich noch mehr in die Länge, wie er denn eine Pelviotomie ausführte in Fall 93, wo er an einem Tage linkerseits die Durchsägung ausführte, am nächsten Tage erst rechterseits und schliesslich nach vergeblicher Zange doch noch Excerebration hinzufügen musste, um schliesslich Mutter und Kind zu begraben.

Alter der Operirten soweit angegeben, 1mal 17 Jahre, 2mal 21, 1mal 22, 24, 25, 3mal 26 Jahre, 4mal 29 Jahre, 3mal 30 Jahre, 2mal 32, 1mal 33, 2mal 34, 3mal 35, 2mal 36, 37, 2mal 40, je 1mal 41 und 42 Jahre, für die übrigen Fälle fehlen Altersangaben.

10mal angegeben Erstgebärende, 6mal Zweitgebärende, 9mal Drittgebärende, 5mal Viertgebärende, je 1mal Fünf-, Siebent-, Achtgebärende. Unter den Erstgebärenden waren eine Frau von 42 Jahren (Fall 27, Mutter und Kind gerettet; die erste subcutan ausgeführte Symphyseotomie), eine Frau von 40 Jahren (Fall 29, Mutter und Kind todt).

Von den 136 Frauen haben 2mal die Symphyseotomie durchgemacht:

1) Frau Leoutre (Fall 5 u. 26), bei ihrer 3. und 4. Entbindung 1778 und 1786 durch De Cambon. Das 3. Kind todt, das 4. lebend, die Mutter überlebte auch die zweite Operation glücklich.

2) Frau Cornelia Stoltz (Fall 37 u. 43), bei ihrer 3. und

4. Entbindung durch v. Damen, beide Kinder lebend, Mutter überlebte auch die 2. Symphyseotomie glücklich.

3) Frau Lauzanne (Fall 60 u. 62), bei ihrer 2. und 3. Entbindung durch Dubois 1808 und 1809, das 2. Kind starb bald, das 3. blieb am Leben, die Mutter überlebte auch die 2. Symphyseotomie glücklich.

4) Frau Morel (Fall 61 u. 70), bei ihrer 2. und 3. Entbindung durch Vermandois, beide Kinder todt geboren, Mutter überlebte auch die 2. Symphyseotomie glücklich.

5) Frau Vignoli (Fall 84 u. 85), bei ihrer 1. und 2. Entbindung durch Galbiati und Mancini (zusammen) 1826 und 1828, das 1. Kind starb bald, das 2. blieb am Leben, die Mutter überlebte auch die 2. Operation glücklich.

6) Rosa Speranza (Fall 100 u. 106), bei ihrer 1. und 2. Entbindung durch Galbiati 1836 und 1838, bei der Entbindung 1836 Zwillinge, von denen einer vorher, einer bald nachher starb, bei der Entbindung 1838 Kind lebend, Mutter überstand auch die 2. Operation gut.

Es sind dies also 6 wiederholte, d. h. an derselben Frau je 2mal ausgeführte Symphyseotomien ohne einen Todesfall.

Verknöcherung der Symphyse ist mehrmals angegeben, so zuerst im Falle 2 (Siebold's), wo deshalb die Säge zur Anwendung gelangen musste, aber auch in einigen anderen Fällen. Ob nun jedesmal wirklich die bei jungen Frauen sehr seltene Verknöcherung der Symphyse vorlag und nicht vielmehr der Schnitt lateral von der Symphyse abgewichen war statt sie zu treffen, wie dies ja auch bei den neueren Operationen öfters vorkam, lässt sich natürlich nicht entscheiden. Auffallend bleibt nur, dass so oft Verknöcherung der Symphyse angegeben wurde, die heute der Fachmann zu den seltenen Befunden zählt. Bounard musste 1mal, ebenso wie Lauverjat 2mal, da er mit der Durchtrennung der Symphyse nicht zu Rande kam, die Symphyseotomie aufgeben und den Kaiserschnitt hinzufügen, in anderen Fällen brach das Messer einfach ab oder Stücke wurden ausgesprengt, die im Knochen sitzen blieben, es musste zur Säge gegriffen werden u. s. w. Ueber die Details der sog. Pubio- und Pelviotomien werde ich erst weiter unten berichten.

Was die Beckenstenosen anbetrifft, so ist meist einfach enges Becken angegeben, ohne den Charakter der Verengerung anzugeben, meist handelte es sich um platte oder allgemein verengte rachitische Becken, 2mal ist Stenose durch Beckenauswüchse, Exostose, Tumor, 3mal Osteomalacie, 1mal speciell Ausgangsverengerung angegeben. Conj. vera angegeben je 1mal 33 mm (Fall 93), 40, 45, 49, 51, 55, 2mal 54, 3mal 60, 9mal 61, 1mal 63, 2mal 65, 1mal 66, 19mal 67, 2mal 69, 3mal 70, je 1mal 72, 73, 74, 75, 3mal 81 mm.

Nach den Ländern vertheilen sich die 136 Symphyseotomien von 1777 bis 1860 wie folgt:

46 Operationen in Frankreich, davon 29 in Paris
56 " " Italien, davon 24 in Neapel, 7 in Mailand
15 " " Holland
8 " " Deutschland
7 " " Belgien
2 " " England
1 Operation " Spanien
" " an der Küste von Afrika.

Frankreich: 46 Operationen, 29 Operateure.

Mütter: 28 gerettet, 16 gestorben, fragliches Schicksal 2.

Kinder: 15 gerettet, 28 todt, fragl. Schicksal 3.

1) Sigault: 6 Operationen, davon 1 mit Leroy: 5 Mütter gerettet, 1 todt, 1 Kind lebend, 5 todt geboren.

2) Leroy: 5 Operationen: 4 Mütter gerettet, 1 gestorben, 5 Kinder gerettet.

Ausserdem hat Leroy einmal sich betheiligt an der ersten Operation Sigault's [Mutter und Kind gerettet], an der ersten Operation von De Mathiis [Mutter und Kind gerettet], an der ersten Operation von Dufay [Mutter und Kind gerettet].

3) Dubois: 4 Operationen, davon 1 mit Béclard: 4 Mütter gerettet, 2 Kinder lebend, 2 todt.

4) Béclard: 2 Operationen, davon 1 mit Dubois: beide Mütter gerettet, beide Kinder todt.

5) Lauverjat: 2 Operationen durch Kaiserschnitt ergänzt, weil Symphyseotomie nicht durchgeführt: beide Mütter, beide Kinder todt.

6) De Mathiis: 2 Operationen, davon 1 mit Leroy: je 1 Mutter und 1 Kind gerettet, je 1 Mutter und 1 Kind todt.

7) Dufay: 2 Operationen, davon 1 mit Leroy: Beide Mütter gerettet, 1 Kind lebend, 1 todt.

8) Mansuy: 2 Operationen: 1 Mutter gerettet, 1 todt, beide Kinder lebend.

9) Vermandois: 2 Operationen: beide Mütter gerettet, beide Kinder todt.

Je eine Operation vollführten:

10)	Baudelocque (d. Neffe):	Mutter	todt	Kind	lebend
11)	Bonnard:	„	todt	„	lebend
12)	Cliet:	„	todt	„	todt
13)	Desmarest:	„	genesen	„	?
14)	Desprès de Menmeur:	„	genesen	„	todt
15)	Verdier-Duclos:	„	genesen	„	todt
16)	Duret:	„	genesen	„	todt
17)	Dussausoi:	„	todt	„	todt
18)	Fourcault und Dairaux:	„	genesen	„	todt
19)	M. G. in Battigny:	„	genesen	„	?
20)	Giraud:	„	todt	„	todt
21)	? in Yvors:	„	?	„	todt
22)	Lambron:	„	todt	„	todt
23)	Lescardé und Retz:	„	todt	„	todt
24)	Maslieurat-Laguémnard:	„	genesen	„	todt
25)	Ozanam:	„	?	„	?
26)	Petit:	„	genesen	„	todt
27)	Riollay:	„	todt	„	todt
28)	Roussel de Vauzesme:	„	todt	„	lebend
29)	M. V. in Paris:	„	todt	„	todt

Italien: 56 Operationen.

Galbiati	18:	8 Mütter gerettet, 10 verloren, 5 Kinder gerettet, 13 verloren,
Assalini	4:	2 Mütter und 2 Kinder gerettet, Schicksal der andern 2 Mütter und Kinder ?
Gianni	3:	2 Mütter und 2 Kinder gerettet, 1 Mutter und 1 Kind verloren,
Jaccolucci	3:	2 Mütter gerettet, 1 verloren, 1 Kind gerettet, 2 verloren,
Belluzzi	2:	2 Mütter verloren, 2 Kinder ?
Cacciopuli	2:	2 Mütter und 2 Kinder gerettet,
Amantea	1:	Mutter und Kind todt,
Asdrubali	1:	„ „ „ ?
Ballentani	1:	„ „ „ ?
Balocchi	1:	„ „ „ ?
Carbonai	1:	„ „ „ ?
Cattolica	1:	„ „ „ todt,
Chianflone	1:	„ „ „ „
Ferrara	1:	Mutter gerettet, Kind todt,
Flajani	1:	Mutter und Kind ?
Giovanetti	1:	Mutter gerettet, Kind todt,
Inessi	1:	Mutter und Kind ?
Lavagnino	1:	Mutter und Kind todt,
Malacarne	1:	Mutter und Kind ?
Mancini	1:	Mutter und Kind gerettet,
Marescotti	1:	Mutter und Kind ?
Monerni	1:	„ „ „ ?
Nannoni	1:	„ „ „ ?
Palasciano	1:	„ „ „ ?
Palletta	1:	„ „ „ ?
Penza	1:	„ „ „ ?
Persone	1:	„ „ „ ?
Petrunto	1:	„ „ „ gerettet,
De Renzis	1:	„ „ „ „
Rispoli	1:	„ „ „ „

Auf 56 Operationen: Mütter gerettet 22, gestorben 18 und fraglichen Schicksals ? 16 = 56,
Kinder gerettet 16, todt 22 und fraglichen Schicksals ? 18 = 56.

Deutschland: 8 Operationen.

Breit	1:	Mutter gerettet, Kind lebend,
Dammann	1:	Mutter gerettet, Kind todt,
Guérard	1:	Mutter und Kind todt,
Metzger	1:	„ „ „ ?
Mursinna	2:	Mütter 1 gerettet, 1 todt; 2 Kinder todt,
Nagel	1:	Mutter und Kind todt,
v. Siebold	1:	Mutter gerettet, Kind todt.

Auf 8 Operationen: Mütter 4 gerettet, 3 todt, 1 fraglich = 8.
Kinder 1 lebend, 6 todt, 1 fraglich = 8.

Holland: 15 Operationen.

Bolsius	1:	Mutter gerettet, Kind todt,
Brodthlag	1:	„ „ „ „
v. Damen	3:	Mütter 3 gerettet, 2 Kinder lebend, 1 todt,
Grooshans	1:	Mutter gerettet, Kind todt,
de Man	1:	Mutter gerettet, Kind lebend,
van Münster	6:	1 Mutter gerettet, 1 todt, 4 fraglich; 2 Kinder lebend, 4 fraglich,
Prillewitz	1:	Mutter und Kind fraglich,
van Wy	1:	Mutter gerettet, Kind todt.

Auf 15 Operationen: 9 Mütter gerettet, 1 todt, 5 fraglich = 15.
5 Kinder lebend, 5 todt, 5 fraglich = 15.

Belgien: 7 Operationen.

De Cambon	6:	Mütter 4 gerettet, 2 todt, Kinder 3 lebend, 3 todt,
Stock	1:	Mutter und Kind fraglich.

Auf 7 Operationen: 4 Mütter gerettet, 2 todt, 1 fraglich = 7.
3 Kinder gerettet, 3 todt, 1 fraglich = 7.

Spanien: 1 Operation.

Delando: Mutter und Kind gerettet.

England: 2 Operationen.

Welchmann: Mutter und Kind todt,
Bakker: Mutter und Kind fraglich.

Küste von Afrika: 1 Operation.

Löffler: Mutter gerettet, Kind vorher todt.

Bezüglich Fall 4 wird angezweifelt, ob überhaupt eine Symphyseotomie vollzogen wurde und nicht vielmehr ein blosser Hautschnitt gesetzt wurde.

Fall 27: 9. August 1780 ist die erste subcutane Symphyseotomie angegeben, ausgeführt von Delando in Utrera.

Es wäre gewiss sehr lehrreich auch diese ältere Statistik Fall für Fall in den Details zu studiren, leider fehlen uns zum grössten Theil die Originalquellen; ganz besonders interessant erscheint die recht ansehnliche Menge von Fällen mit glatter Heilung, wo die Frau schon nach 2 Wochen das Bett verliess und wieder an ihre Arbeit ging zu einer Zeit, wo den heute maassgebenden Anschauungen nach eine glatte Heilung nur ausnahmsweise stattfinden konnte, weil keine Antisepsis resp. Asepsis getrieben wurde.

Doch gehen wir jetzt zu der zweiten Statistik Morisani's von 50 Fällen in den Jahren 1866 bis 1880 operirt über und zwar nach den Angaben von Charpentier, dessen Arbeit ich, wie zu Beginn gesagt, theilweise in Uebersetzung wiedergebe.

Zweite Statistik Morisani's (l. c.)

Nummer	Namen der Operirten	Datum	Hospital	Alter	Veranlassung	Resultat für die Mutter	Resultat für das Kind
1	E. A.	5. I. 1866	Incurabili	29	Rachitische Beckenenge	genesen	lebend
2	N. A.	17. XI. 1866	„	—		genesen	lebend
3	P. B.	23. VI. 1867	„	40		todt	todt
4	A. G.	24. VI. 1867	„	36		genesen	todt
5	A. M.	15. X. 1867	„	20		todt	lebend
6	d'A. G.	30. X. 1867	„	—		todt	lebend
7	E. F.	28. I. 1868	„	30		genesen	todt
8	B. R.	4. VIII. 1868	„	23		genesen	lebend
9	R. V.	31. VIII. 1868	„	—		genesen	lebend
10	B. A.	4. X. 1868	„	21		todt	lebend
11	N. N.	14. X. 1868	„	34		genesen	lebend
12	C. T.	—	„	—		genesen	todt
13	A. C.	5. II. 1869	„	31		genesen	lebend
14	E. C.	1. VI. 1869	„	—		genesen	lebend
15	V. A.	5. VI. 1869	„	17		todt	lebend
16	T. F.	5. VII. 1869	„	—		todt	lebend
17	B. C.	8. VII. 1869	„	21		genesen	lebend
18	C. M.	27. X. 1869	„	21		genesen	lebend
19	B. R.	6. IV. 1870	„	25		genesen	lebend
20	C. V.	27. X. 1871	„	35		genesen	lebend
21	B. R.	?	„	?		genesen	lebend
22	F. M.	?	„	?		genesen	lebend
23	M. R.	?	„	?		genesen	lebend
24	A. T.	30. VIII. 1873	„	?		genesen	todt
25	B. P.	?	„	?		genesen	lebend
26	T. M.	?	„	?		genesen	lebend
27	B. M.	7. II. 1873	„	22		genesen	lebend
28	A. F.	?	„	?		genesen	todt
29	A. R.	11. III. 1874	„	?		genesen	lebend
30	L. M.	11. II. 1875	„	?		genesen	todt
31	P. A.	29. IV. 1875	„	?		genesen	todt
32	G. R.	10. V. 1875	„	?		genesen	lebend
33	A. M.	20. II. 1877	„	20		genesen	lebend
34	C. C.	28. II. 1877	„	20		genesen	lebend

von 1866 bis 1880: 50 Operationen.

Kindeslage	Conj. vera Millim.	Seit Beginn der Entbindung Zeit verflossen?	Todesursache der Mutter
Schädel	81	—	—
Schädel	81	—	—
Becken	81	4 Tage	Metroperitonitis.
Becken	81	—	—
Schädel	74	—	Phlegmone utero-perit.-iliaca.
Schädel	67	—	—
Becken	81	14 Stunden nach Blasensprung	—
Schädel	69	48 Stunden Geburtsdauer	—
Schädel	67	mehrere Stunden nach Wasserabfluss u. Vorfall der Nabelschnur	—
Schädel	74	—	Metroperitonitis.
Schädel	74	—	—
Schulterlage	81	—	—
Schädel	74	—	—
Schädel	81	—	—
Schädel	67	—	Metroperitonitis.
Schädel	74	—	Peritonitis.
Schädel	81	—	—
Schädel	61	3 Tage Geburtsdauer	—
Schädel	69	36 Stunden Geburtsdauer	—
Schädel	81	?	—
Schädel	74	?	—
Schädel	74	?	—
Schädel	67	?	—
Schädel	67	?	—
Schädel	61	?	—
Schädel	67	?	—
Schädel	67	?	—
rechte Schulter	67	?	—
Schädel	67	?	—
Schädel	74	?	—
Schädel	74	?	—
Schädel	69	?	—
Schädel	67	?	—
Schädel	67	Wasserabfluss vor 2 Std.	—

Nummer	Namen der Operirten	Datum	Hospital	Alter	Veranlassung	Resultat für die Mutter	Resultat für das Kind
35	De L. C.	7. IV. 1877	Incurabili	27	Rachitische Beckenenge	genesen	lebend
36	N. V.	13. X. 1877	„	?		genesen	lebend
37	F. M.	13. X. 1877	„	18		todt	lebend
38	M. E.	27. IV. 1878	„	27		todt	lebend
39	E. R.	27. VI. 1878	„	20		genesen	lebend
40	C. F.	10. X. 1878	„	40		genesen	lebend
41	N. V.	5. II. 1879	„	22		genesen	lebend
42	J. M.	6. III. 1879	„	20		genesen	lebend
43	B. N.	28. VIII. 1879	„	22		genesen	lebend
44	A. R.	6. X. 1879	Clin. Ostetr.	24		genesen	lebend
45	B. R.	9. XII. 1879	Incurabili	40		genesen	lebend
46	P. G.	6. I. 1880	„	22		todt	lebend
47	E. A.	16. VI. 1880	„	30		genesen	todt
48	P. C.	20. X. 1880	„	22		genesen	lebend
49	R. R.	5. XII. 1880	„	?		genesen	lebend
50	P. C.	21. XII. 1880	Clin. Ostetr.	32		todt	lebend

Conj. vera 8,1 cm 13 Fälle: 12 Mütter gerettet, 1 gestorben, 9 Kinder lebend, 4 todt.

„ „ 7,4 „ 15 „ 11 Mütter gerettet, 4 gestorben, 13 Kinder lebend, 2 todt.

„ „ 6,9 „ 4 „ 4 Mütter gerettet, 3 Kinder lebend, 1 todt.

„ „ 6,7 „ 15 „ 11 Mütter gerettet, 4 gestorben, 13 Kinder todt, 2 lebend.

„ „ 6,6 „ 1 „ Mutter gerettet, Kind gerettet.

„ „ 6,1 „ 2 „ 2 Mütter und 2 Kinder gerettet.

Fruchtlage: 43 Schädellagen, 3 Beckenendlagen, 2 Schulterlagen, 2mal nicht angegeben.

Auf diese 50 Operationen, von denen ein Theil noch der vorantiseptischen Zeit angehört, hat man 41 Mütter gerettet, 9 starben (= 18%); 41 Kinder gerettet, 9 todtgeboren (= 18%).

Die Sterblichkeit in der II. Statistik ist also im Vergleich zur I. Statistik Morisani's von 31,25%

Kindeslage	Conj. vera Millim.	Seit Beginn der Entbindung Zeit verflossen?	Todesursache der Mutter
Schädel	81	?	—
Schädel	74	—	—
Schädel	67	—	Peritonitis.
Schädel	74	—	Endocarditis seit 24 Tagen.
Schädel	74	—	—
Schädel	67	—	—
Schädel	74	—	—
Schädel	74	—	—
Schädel	81	—	—
Schädel	81	—	—
Schädel	66	—	—
Schädel	67	—	Endocarditis und Vaginitis diphtheritica.
Schädel	69	—	—
Schädel	81	—	—
Schädel	74	—	—
Schädel	67	—	Sept. Metroperitonitis 26. XII. 1880. (Epidemie sept. in der Klinik zur Zeit.)

auf 18% gesunken für die Mütter, und von 51,85% auf 18% für die Kinder.

Das Maximum einer Beckenverengerung wies in dieser II. Statistik Morisani's eine Conjugata vera von 61 mm auf, in der I. Statistik hingegen war 7 mal eine Conjugata vera von 54—44 mm verzeichnet, 3mal Exostosen im Becken, 2mal Beckenausgangsverengerung, 2mal Osteomalacie, 18mal hatte man das Maass der Conjugata nicht angegeben.

Der Unterschied in der Sterblichkeit zwischen der ersten und zweiten Statistik ist schlagend, die Sterblichkeit der Mütter hat um die Hälfte, der Kinder um $^2/_3$ abgenommen. Alle 50 Operationen der II. Statistik Morisani's sollen in Neapel vollzogen sein. Es ist eigenthümlich, schreibt Charpentier, dass die dritte Statistik Morisani's von 1881 bis 1886, welche eine Epoche umfasst, wo bereits die Principien der Antisepsis das chirurgische Handeln beherrschten, um Vieles schlechtere Ergebnisse lieferte, als die vorangehende II. Statistik. Diese III. Statistik Morisani's umfasst nur 18 Fälle:

Dritte Statistik Morisani's (l. c.):

10 Mütter genesen, 8 gestorben, 13 Kinder lebend,

Nummer	Datum	Namen der Operirten	Namen der Operateure	Ort der Operation	Becken, Conjugata vera Millim.	Geburtsdauer bis zur Operation	Geburtshülfl. Manipulationen vorausgegangen
1	19. V. 1881	Di L. Ev.	?	degli Incurabili	67	24 Stdn.	Extraktion an den Füssen versucht
2	18. VI. 1881	T. M. Gr.	?	degli Incurabili	67	24 Stdn.	Zangenversuch
3	24. I. 1882	P. L.	?	degli Incurabili	74	20 Stdn.	Zangenversuch
4	8. IV. 1882	Ponzi Conzetta	?	degli Incurabili	Harter Tumor in der rechten Beckenhälfte	48 Stdn.	Zangenversuch
5	20. IV. 1882	Follica Anira	?	degli Incurabili	81	30 Stdn.	Zangenversuch
6	13. VII. 1882	Di Pietro Adel	?	degli Incurabili	81	20 Stdn.	P. praemat., Zange und Wendung versucht
7	31. VII. 1882	Muccardi	?	degli Incurabili	74	24 Stdn.	Zangenversuch
8	14. I. 1883	E. L.	?	degli Incurabili	74	13 Stdn.	Künstliche Frühgeburt, Zangenversuch
9	15. VII. 1883	P. A.	Morisani	Clin. Ostetr.	74	29 Stdn.	Muttermundeinschnitte, Zangenversuch
10	19. III. 1884	Cardone Giov.	Morisani	Clin. Ostetr.	68 spondylol. Becken	11 Stdn.	Zangenversuch
11	12. II. 1884	Marra Carmela	Martini	degli Incurabili	84	20 Stdn.	Zangenversuch
12	24. VIII. 1884	P. A.	Novi	degli Incurabili	67	3 Tage	verschiedene instrumentelle Versuche
13	8. XI. 1884	Tafullo Francesca	Martini	degli Incurabili	81	12 Stdn.	Wendung
14	24. III. 1884	D. L. Cl.	Novi	degli Incurabili	Osteomalacie, Ausgangsstenose bedeutend	4 Tage	Kraniotomie und Forceps
15	7. VI. 1885	B. R.	Olivieri	degli Incurabili	74	48 Stdn.	Zangenversuch
16	29. IX. 1885	N. A.	Novi	degli Incurabili	81	13 Stdn.	Zangenversuch
17	20. XII. 1885	Addati Grazia	Novi	degli Incurabili	81	48 Stdn.	mehrfache Versuche mit Tarnier's Zange
18	8. I. 1886	Adamo Cernetta	Novi	degli Incurabili	81	6 Stdn.	Zangenversuch

18 Operationen von 1881 bis März 1886.

5 todt (3 vorher abgestorben, 2 nicht ausgetragen).

Kindeslage bei der Operation	Endgültige Kindeslage	Resultat für die Mutter	Resultat für das Kind	Folgen	Bemerkungen
Steiss	Extraktion an den Füssen	genesen	lebend	—	—
Schädel	Schädel	genesen	lebend	—	—
Schädel	Schädel	genesen	lebend	—	—
Schädel	Schädel	todt	lebend	—	Protrahirte Geburt, Beckenenge, Entkräftung.
Schädel	Schädel	todt	lebend	—	—
Schädel	Extraktion an den Füssen	genesen	todt	—	Künstliche Frühgeburt 1. Woche des 9. Monats. 2mal vergebliche Zangenversuche nach Wasserabfluss, dann Symphyseotomie, Wendung, Forceps an nachfolgendem Kopf. Kind kam todt. Die Operation ist nach Morisani „ingiustificabile" und wunderbar, dass die Frau genass.
Schädel	Schädel	todt durch aton. secund. Metrorrhagie	lebend	—	Die Hämorrhagie darf wohl der Operation zugeschrieben werden.
Schädel	Schädel	todt	todt	—	„Operazione ingiustificabile".
Schädel	Schädel	genesen	lebend	—	—
Schädel	Schädel	todt	lebend	—	Septische Parametritis, Beckenabscess, Tetanus. (Leider nichts Näheres über das Beckenpräparat gesagt. N.)
Schädel	Schädel	todt	todt	—	Endometritis gangraenosa.
Schädel	Schädel	genesen	vorher abgestorb.	—	„Operazione ingiustificabile, da bei todter Frucht an dieser operirt werden musste".
Schädel	Extrakt. an den Füssen	todt	vorher abgestorb.	—	„Operazione ingiustificabile".
Schädel	Schädel	genesen	vorher abgestorb.	—	Diese Frau hatte vorher 4mal spontan geboren.
Schädel	Schädel	genesen	lebend	—	—
Schädel	Schädel	genesen	lebend	—	—
Schädel	Schädel	todt	lebend	—	Entkräftung durch langdauernde Geburt und wiederholte Zangenversuche vor d. Operation.
Schädel	Schädel	genesen	lebend	Fistula urethrovaginalis	Urethra bei der Operation eingeschnitten; Fistelrand zeigte sich später angelöthet an die hintere Symphysenwand. Morisani operirte die Urethrovaginalfistel später mit Erfolg.

Conj. vera 8,1 cm 7 Fälle: 4 Mütter gerettet, 3 gestorben, 5 Kinder lebend, 2 todt.
„ „ 7,4 „ 5 „ 3 Mütter gerettet, 2 gestorben, 4 Kinder lebend, 1 todt.
„ „ 6,8 „ 1 „ Mutter starb, Kind lebt (spondylolisthetisches Becken!).
„ „ 6,7 „ 3 „ 3 Mütter gerettet, 2 Kinder gerettet, 1 todt (vor der Geburt abgestorben).

Kindeslagerung: 17mal Schädellage, 1mal Beckenendlage. Von diesen 18 Operationen der III. Statistik Morisani's hat 5 Novi ausgeführt, 2 Martini, 2 Morisani, 1 Olivieri, 8 sind im Hospital degli Incurabili in Neapel ausgeführt.

Ein einziges Mal beobachtete man hinterher eine Harnröhrenscheidenfistel. Nach Morisani war die Operation in 4 von 18 Fällen nicht gerechtfertigt „ingiustificabile", in einem Falle deshalb, weil das Kind todt war und weil es hier galt, mit Embryotomie an der Frucht zu operiren.

Im 6. Falle (Adelina Pietro) hatte man bei einer Conjugata vera von 8,1 cm 20 Stunden nach Wehenbeginn operirt und zwar die künstliche Frühgeburt in der ersten Woche des 9. Monats hervorgerufen. Nach Wasserabfluss 2 vergebliche Zangenapplikationen, dann Symphyseotomie und Wendung, da aber der Kopf in der Beckenhöhle nach Rumpfextraktion festsass, Zange. Kind todt. Die Operation war nach Morisani contraindicirt und kann man sich nur wundern, dass die Frau genas.

Im 4. Falle (Ponzi Concetta) sollte der Tod die Folge der Erschöpfung durch die protrahirte Geburt sein, im 7. Falle (Raffaela Munardi) einer atonischen Uterinblutung, im 8. Falle ist die Todesursache der Mutter nicht angegeben, im 10. Falle (Giov. Cardone) Tod der Mutter durch Infektion (Beckenabscess, Tetanus) bei Beckenverengerung durch Spondylolisthesis (Conj. vera 6,8 cm), im 11. Falle (Carmela Marra) Tod der Mutter durch Endometritis gangraenosa, im 13. Falle (Francesca Tafulla) Todesursache der Mutter nicht angegeben, im

17. Falle (Grazia Addati) Tod der Mutter durch Erschöpfung nach mehrfachen Versuchen mit der Tarnier'schen Zange vor der Symphyseotomie. Eine von den Operirten (Fall 14: (Clementina di Lardo) hatte vorher 4mal spontan geboren. Auf diese 18 Operationen sind 10 Mütter genesen und 8 gestorben (= 38,88%), 13 Kinder lebend geboren und 5 todt (3 vor der Geburt abgestorben und 2 nicht ausgetragen). Die Ergebnisse dieser Statistik haben ihre ganz bestimmten speciellen individuellen Ursachen.

Stellen wir kurz meine Statistik von 136 Operationen von 1777—1860 zusammen mit der zweiten und dritten von Morisani von je 50 und 18 Operationen, so ergiebt sich als Gesammtzahl von 1777 bis 1886

I.	Statistik Neugebauer's	von 1777 bis 1860	136 Operationen,
II.	Statistik Morisani's	von 1866 bis 1880	50 Operationen,
III.	Statistik Morisani's	von 1880 bis 1886	18 Operationen,
	zusammen	von 1777 bis 1886 (incl.)	204 Operationen.

I. Statistik: 136 Operationen mit 137 Kindern.
Angaben nur bekannt für 108 Mütter und 104 Kinder.
Von 108 Müttern 69 genesen, 39 gestorben = 36,1% Mortalität.
Von 104 Kindern 50 lebend geboren, 16 davon bald gestorben, 34 also als lebend geblieben bezeichnet = 44,44% resp. 62,2% Mortalität.

II. Statistik: 50 Operationen.
41 Mütter gerettet, 9 todt = 18% Mortalität.
41 Kinder gerettet, 9 todtgeboren = 18% Mortalität.

III. Statistik: 18 Operationen.
10 Mütter genesen, 8 todt = 38,88% Mortalität,
13 Kinder lebend, 5 todtgeboren = 27,7% Mortalität.

Zusammen 204 Mütter, aber nur für 108 + 50 + 18 = 176 Schicksal angegeben.

Von 176 Müttern starben 56 = 31,8% Mortalität.

Zusammen 205 Kinder, aber nur für 104 + 50 + 18 = 172 Schicksal angegeben. Von 172 Kindern 84 todt (theils todtgeboren, theils innerhalb 3 Tagen der Dystokie erlegen) = 48,8% Mortalität.

Die nächste Statistik hat Spinelli, der Assistent von Prof. Morisani in der geburtshülflichen Universitäts-Klinik des Spitals Maria Jesu, veröffentlicht. Es sind 24 Fälle; Morisani hat 12mal in der Klinik operirt, 5mal Novi und seine Assistenten in der Gebärabtheilung des Spitals degli Incurabili und 7 Operationen fallen auf die Stadtpraxis (Spinelli, Mancusi u. A.). Diese Statistik hat Spinelli im Januarheft 1892 der Annales de Gynécologie veröffentlicht.

Conj. vera	9 cm	1 Fall:	Mutter und Kind gerettet.
„ „	8,8 „	1 „	„ „ „ „
„ „	8,1 „	1 „	„ „ „ „
„ „	7,8 „	2 „	2mal „ „
„ „	7,5 „	2 „	2mal „ „
„ „	7,4 „	1 „	„ „ „ „
„ „	7,2 „	1 „	Mutter gerettet, Kind starb.
„ „	7,0 „	9 „	9 Mütter gerettet, 9 lebende Kinder (1 Kind [3250 g] starb nach 12 Stunden).
„ „	6,9 „	1 „	Mutter und Kind gerettet.
„ „	6,7 „	1 „	„ „ „ „
„ „	6,6 „	1 „	„ „ „ „
„ „	6,5 „	1 „	„ „ „ „
„ „	6,3 „	1 „	„ „ „ „

Von diesen 24 Frauen sind nicht weniger als 3 zweimal operirt bei 7—7,5—7,8 cm Conj. vera. Sämmtliche Operationen verliefen für die Mutter günstig, Lethalität = 0%, für die Kinder Sterblichkeit = 4%.

Von 24 Müttern starb keine, von 24 Kindern 1 zwölf Stunden nach der Geburt.

Es ist schwer bessere Ergebnisse zu verlangen, derartige

Erfolge müssen ein erneutes Interesse für diese Operation allseitig erwecken.

Einer der Hauptvorwürfe, die der Operation gemacht werden, war der, es erfolge nachher keine Consolidation des durchschnittenen Gelenkes, die Operirte werde zum Krüppel. Dieser Einwurf fällt vollständig angesichts der jüngst gemachten praktischen Erfahrungen, angesichts von entkräftenden Thatsachen. Die Consolidation erfolgt sogar verhältnissmässig rasch und pflegt nach 4 bis 6 Wochen beendigt zu sein. Alle Operateure sind über diesen Punkt einer Ansicht.

Dank der Gefälligkeit der Professoren Novi und Morisani, heisst es weiter bei Charpentier, hatte ich Gelegenheit, 2 der jüngst Operirten persönlich zu untersuchen: die eine war 6 Wochen zuvor im Spital degli Incurabili operirt, die andere in der Fakultätsklinik und zwar letztere bei einer Conj. vera von 7,5 cm 2mal mit günstigem Erfolge operirt worden, zuletzt vor $2^1/_2$ Monaten. Heute erkennt man kaum eine Spur dieser Operation mehr, indem die lineare Schnittnarbe von den Schamhaaren verdeckt, also unsichtbar gemacht wird (die zweite Symphysentrennung wurde in der Narbe der ersten vollzogen). Keine Spur von Klaffen, Diastase der Schambeinenden, Consolidation absolut vollkommen, Gangvermögen so gut wie vor der Operation. Ich stellte, sagt weiter Charpentier, eine der Operirten mit dem Rücken gegen eine Mauer auf, legte die Fingerspitze in den Schamwinkel und liess abwechselnd das eine und das andere Bein erheben und konnte dabei keinerlei Bewegungen zwischen den Schambeinen constatiren (Untersuchungsmethode für Relaxation der Schamfuge von Depaul und Budin).

Höchstens erwies sich die kleine dellenförmige Vertiefung zwischen den oberen vorderen Schambeinenden etwas tiefer als gewöhnlich, deutlicher ausgesprochen, ich hätte aber sicher diesen Befund nicht constatirt ohne zu wissen, dass hier eine Symphyseotomie und zwar zweimal ausgeführt worden war.

Die Frau steht und geht normal frei einher wie vor der Operation, hat bereits ihre frühere schwere Arbeit und häusliche Thätigkeit wieder aufgenommen.

Novi, Morisani, Spinelli, Lauro, Cucca, Caruso versichern auch, dass der Verlauf nach der Operation stets ein solcher sei. Ja es liege sogar keine Nothwendigkeit vor, irgend welche Apparate oder Contentionsverbände zu tragen, behufs Sicherung der Consolidation. Die Hautwunde wird einfach mit Catgut vernäht, dann ein Verband aus Sublimatwatte und Jodoformgaze aufgelegt; sobald die Antiseptik gewahrt sei, trete stets Verheilung per primam intentionem ein. Man legt eine einfache Binde fest um das Becken, die zugenäht oder festgeknöpft wird, nach 4—6 Wochen ist die Consolidation vollkommen. Während des Wochenbettes machte man 3mal täglich eine Scheidenspülung mit Sublimatlösung (1:2000), später 1:3000, 1:4000.

Aufgefallen ist mir ein Punkt, die in manchen Fällen ganz ausserordentlich schnell erfolgende Consolidation der Symphyse, so dass es schwer fällt, an eine kürzlich stattgehabte Symphyseotomie zu glauben, wenn dieser Befund nicht durch das Zeugniss gewichtiger Autoritäten erhärtet wäre.

So finden wir z. B. für die 24 (Spinelli's Statistik) von Morisani, Novi und dessen Schülern Operirten folgende Angaben:

Fall II. Maria Concetta, Erstgebärende ad terminum, 25jähr.; Conj. vera 7,0 cm. Prima reunio, die Operirte steht am 15. Tage auf. Kind 3080 g.

Fall III. Anna Giustiniani, 24jähr. Erstgebärende; Conj. vera 6,6 cm; Prima reunio, steht am 12. Tage schon auf. Kind 2520 g.

Fall IV. Maria Concetta, zum zweiten Male operirt (siehe Fall II), zuerst am 5. März 1888, dann am 20. Februar 1890. Prima reunio. Steht am 10. Tage auf. Kind 2600 g.

Fall VI. Nunziata Colonna, 31jähr.; Conj. vera 7,5 cm. Prima reunio. Die Operirte verlässt am 10. Tage die Klinik. Kind 3050 g.

Fall VII. Filomena Gallizia, 35jähr.; Conj. vera 8,5 cm. Prima reunio. Frau verlässt das Bett am 13. Tage. Kind 2920 g.

Fall IX. Zweimal operirte Frau (siehe Fall VI), zuerst am 30. Jan. 1890, dann am 10. Juli 1891. Prima reunio. Am 8. Tage schon aufgestanden. Kind 3150 g.

Fall X. Concetta Adamo. 32jähr. Mehrgebärende, hat vorher spontan 7 todte Kinder geboren. Conj. vera 7,0 cm. Prima reunio; Bett am 15. Tage verlassen. Kind 3500 g.

Fall XI. Maria Fisichella, 27jähr. Erstgebärende; Conj. vera 7,0 cm. Prima reunio. Kind 3500 g.

Fall XII. Antonietta Aiello, 26jähr. Erstgebärende; 2 vorzeitige Entbindungen im 7. Monate, todte Kinder. Conj. vera 6,3 cm. Prima reunio. Kind 3100 g.

Fall XIX. Lucia Scarpellini, 28jähr. Zweitgebärende. Conj. vera 6,5 cm. Prima reunio. Stand am 12. Tage auf. Kind 3400 g.

Fall XXI. Maria Protero; 22jähr. Zweitgebärende. Conj. vera 7,8 cm. Prima reunio. Am 8. Tage schon aufgestanden. Kind 3320 g.

Fall XXII. Dieselbe Frau steht nach der 2. Symphyseotomie schon am 7. Tage auf. Kind 3090 g.

Auf 24 Operationen kommen also nicht weniger als 12 Heilungen per primam intentionem, die Operirten verliessen das Bett schon am 7., 8., 9. bis 15. Tage. Für die übrigen 12 Operationen notirte man einmal Vereiterung zweier Hautnähte, 2mal Wochenbettscomplikationen mit intrauterinen Sublimatausspülungen behandelt, 1mal leichte Fieberbewegungen im Wochenbett. Das 12 Stunden nach der Geburt verstorbene Kind gehörte der post partum an Wochenbettsfieber erkrankten Frau an.

Die Operation ist so, wie sie heute in Italien geübt wird, eine sehr einfache sowohl in ihren Folgen, als auch in der Technik und in der Nachbehandlung.

Welches sind die Anzeigen und Gegenanzeigen?

Anzeigen: Die Verschiedenheit der Ansichten der Neapolitanischen Geburtshelfer bezüglich der Indikationen gründet sich hauptsächlich darauf, wie weit die Grenzen für eine erlaubte

und gebotene Symphyseotomie gesteckt werden. Der Zweck der Operation ist, das Kind zu retten, ohne das Leben der Mutter zu gefährden. Morisani sowohl als Novi halten die künstliche Frühgeburt, die Symphyseotomie und den Kaiserschnitt für absolut verschiedene Eingriffe, die nicht Concurrenzoperationen sein sollen und dürfen, deren jede specielle Anzeigen und Gegenanzeigen besitzt. Man darf nur dann zur Symphyseotomie greifen, wenn man hoffen darf, durch die Diastase der Schambeine genügend die Beckenenge und den Ausgang zu erweitern, damit die Geburt spontan durch alleinige Naturkräfte beendigt werde oder durch Hilfeleistung unsererseits (Zange oder Wendung und Extraktion), dies ohne ausserordentliche Kraftentwickelung.

Das Becken darf also vor Allem nicht zu eng sein, denn, falls letzteres der Fall ist, so wird auch nach der Symphyseotomie die Zangenoperation ein für Mutter und Kind gefährlicher Eingriff sein und wir leicht das erwünschte Resultat nicht erreichen; andererseits aber ist es Bedingung, dass ein gewisser Grad von Beckenenge vorliege, damit der Operateur sich nicht den Vorwurf zuziehe, er habe unnützerweise operirt bei einem Becken, welches auch eine spontane Austreibung gestattet hätte oder eine künstliche Extraktion ohne Gefährdung des mütterlichen Lebens, ohne blutige Operation.

Ferner muss das Kind lebend sein, weil ja die Symphyseotomie gerade gemacht wird zur Umgehung der Embryotomie, also zur Lebensrettung des Kindes!

Novi hat 1881 die Indikationen folgendermaassen formulirt:

Bei Beckenverengerung mit Conj. vera von mindestens 9,5 cm. Da der Schädel des ausgetragenen, normal grossen Kindes gewöhnlich $9^1/_2$ cm breit ist, und da dieser Breitendurchmesser ohne Lebensgefährdung durch Compression um $1^1/_2$ cm reducirt werden kann, soll die Schwangere das Schwangerschaftsende und eine spontane Entbindung abwarten. Zeigen sich dann die Naturkräfte unzureichend, so soll man nicht durch unnützes Zuwarten die Kräfte der Frau erschöpfen, sondern mittels Zange oder Wendung entbinden.

Bei einer Conj. vera von mindestens 8,8 cm: Wie vorher so auch hier das normale Schwangerschaftsende und spontane Entbindung abwarten. Genügen die Naturkräfte nicht, soll man nicht durch unnützes Zuwarten das Leben des Kindes auf das Spiel setzen, sondern mittels Forceps oder mechanischem Traktor extrahiren. Gelingt dies nicht, haben wir eine Mehrgebärende vor uns und wir wissen, dass die vorausgehenden Kinder stets todt zur Welt kamen, so ist die Symphyseotomie zu vollziehen.

Charpentier schliesst sich der ersten Thesis von Novi an, nicht ganz aber der zweiten. Sobald die Kreissende am Schwangerschaftsende angelangt ist, legen wir die Zange an, und sobald wir damit nicht die Geburt beendigen können, greifen wir zur Symphyseotomie, aber wir verwerfen alle mechanischen Traktoren, deren Gebrauch immer mit grosser Gewaltanwendung verknüpft ist und für Mutter und Kind bedenkliche Verletzungen herbeiführen kann. Die klassische Zange oder ein Versuch mit Tarnier's Zange und dann, falls erfolglos, Symphyseotomie, das ist das Verfahren, das uns am rationellsten heute erscheint, schreibt Charpentier.

Tritt jedoch die Schwangere vor dem normalen Schwangerschaftsende ein — diese Ansicht theilen Morisani und seine Schüler —, so liegt die Anzeige zur künstlichen Frühgeburt vor. Indem wir künstlich die Frühgeburt in der Hälfte des 9. Monates oder sogar am Ende des 8. hervorrufen, haben wir alle Chancen, eine spontane Austreibung zu erwarten. Das Kind ist alsdann schon genügend entwickelt, um nach der Geburt fortleben zu können, die Entbindung aber, selbst mit Zange oder Wendung vollendet, wird immerhin für Mutter und Kind verhältnissmässig leicht und gefahrlos sein; was die Mutter anbetrifft, entgeht sie der Symphyseotomie, was das Kind anbetrifft, so erleichtert die Weite der Nähte und die Weichheit der Knochen zu jener Zeit die Volumsverminderung seines Schädels, wodurch die Geburt erleichtert wird.

Bei dem Becken mit Conjugata vera von 8,1 bis 6,7 cm sind 2 Fälle auseinanderzuhalten:

1) Ist die Schwangerschaft ausgetragen und

das Kind lebt, so verlangen die italienischen Geburtshelfer einstimmig die Symphyseotomie, die einen warten dann ab und greifen im Bedarfsfall zur Zange, die anderen aber extrahiren sofort nach der Symphyseotomie ohne zuzuwarten mit der Zange, sobald die Weite des Muttermundes dies gestattet, bei todtem Kinde aber lassen sie die Embryotomie folgen.

2) Ist die Schwangerschaft hingegen noch nicht ausgetragen: so wartet man bis zum 7. Monat und ruft alsdann die Frühgeburt hervor mit — falls die Zange ihren Dienst versagt — Symphyseotomie gepaart.

Dieses sind die ganz rationellen Anzeigen Novi's: Schamfugenschnitt bei Verengerungen der Conjugata vera von 8,8 cm in minimo bis 6,7 cm in maximo. Nach der Statistik urtheilend ergiebt in diesen Fällen die Symphyseotomie die allergünstigsten Resultate.

Alle bisherigen drei Statistiken Morisani's en bloc ergaben zu jener Zeit auf 114 Operationen: 85mal Rettung der Mutter, 29mal Tod der Mutter (= 25,43%); 89 lebende und 30 todte Kinder (= 26,27%).

Nach Maassgabe der Entwicklung der Antisepsis werden die Resultate zusehends bessere, wie sich zur Evidenz aus der Statistik Spinelli's ergab:

Auf 24 Operationen sämmtliche Mütter genesen, sämmtliche Kinder lebend geboren und nur eines davon nach 12 Stunden gestorben, also 23 überlebende Kinder. Weshalb waren die Resultate nicht immer so günstig? Weil, meint Morisani, man früher oft unter Bedingungen operirte, die die Operation nicht gestatteten und wo sie contraindicirt war. Man hat Frauen operirt, die bereits durch vorausgehende andere Entbindungsversuche entkräftet und erschöpft waren, wo man mehrfach ebensowohl fruchtlose als übertriebene Versuche mit Zange, Wendung, Kephalotrypsie und scharfem Haken gemacht hatte und die Bedingungen für eine Symphyseotomie so ungünstig als nur möglich lagen.

Ebenso wurden damit die Chancen für das Leben und die Lebensfähigkeit sehr beeinträchtigt durch protrahirte Geburt, unerlaubtes Zuwarten, vergebliche Zangenversuche vor der

Symphyseotomie etc. Alle diese Umstände müssen bei Deutung der Statistik berücksichtigt werden. Die Symphyseotomie eignet sich also vor allem für Becken mit einer Verengerung der Conj. vera von 81 bis 67 mm. Einige Operateure dehnen jedoch die Grenzen noch etwas weiter aus und das bildet auch eine Differenz der Auffassungen unter den Neapolitanischen Geburtshelfern.

Während nämlich Morisani und seine Schule eine Conj. vera von 6,7 cm als äusserste Grenze der Beckenverengerung betrachten, bei der die Symphyseotomie zulässig ist, mit für Mutter und Kind günstiger Prognose, so hat man im Spital degli Incurabili die untere Grenze viel weiter gesteckt und Novi betrachtet als letzte Grenze eine Conj. vera von 54 mm.

3) Endlich hat Novi die Symphyseotomie in Verbindung mit Kephalotrypsie bei todter Frucht zur Anwendung gebracht bei einer Conj. vera von 50 mm. Die Mutter verliess das Spital genesen am 16. Tage.

Novi kam in seiner 1881 publicirten Arbeit zu folgenden Schlüssen: Becken mit Conj. vera von 65 bis 54 mm: Um den Kaiserschnitt zu umgehen, wenn irgend möglich, Combination der künstlichen Frühgeburt mit Symphyseotomie.

Becken mit einer Conj. vera, die geringer ist als 57 mm: Am normalen Schwangerschaftsende: a) bei lebendem Kinde — Kaiserschnitt, noch besser Uterusresection nach Porro, b) bei todtem Kinde: Symphyseotomie, dann Embryotomie, — um den Kaiserschnitt zu umgehen. Im Spital degli Incurabili sind diese Grundsätze allgemein angenommen und die Schüler Novi's führten die Symphyseotomie noch aus bei einer Conj. vera von 65 bis 54 mm, also Bedingungen, unter welchen Novi persönlich als der Erste operirte.

Anders stehen die Geburtshelfer der Fakultätsklinik zur Frage, in der Morisani und Lauro als letzte Grenze für den Schamfugenschnitt eine Conj. vera von 67 mm ansetzen. In einigen Ausnahmefällen operiren sie noch bei 65 mm, darüber hinaus aber halten sie die Operation für unerlaubt; und ich hörte persönlich, schreibt Charpentier weiter, wie Morisani

seine Schüler versicherte, eine Symphyseotomie unterhalb der von ihm gesteckten Grenzen ausführen, hiesse das Leben von Mutter und Kind auf das Spiel setzen und die Zukunft dieser Operation eventuell compromittiren, die in den richtigen Grenzen angewandt, eine Wohlthat für die Menschheit ist.

Schon 1867 hat Jaccolucci 2 Modificationen der klassischen Symphyseotomie vorgeschlagen: 1) Combination der künstlichen Frühgeburt mit Symphyseotomie. 2) Combination der Symphyseotomie mit Embryotomie bei todter Frucht, um so den Kaiserschnitt zu umgehen. Diese Vorschläge wurden dann auch von einigen italienischen Geburtshelfern acceptirt und in praxi zur Anwendung gebracht.

So hat Balocchi bei Frühgeburt im 8. Monate bei einer Conj. vera von 97 mm operirt: Die Austreibung des lebenden Kindes erfolgte spontan nach 2 Stunden, das Kind starb aber bald darauf. Die Mutter starb am 18. Tage infolge einer Eiteransammlung im Becken. Dieser ungünstige Verlauf schreckte jedoch Novi nicht ab, der am 16. September 1876 mittels der Douche von Kiwisch und des Kluge'schen Schwammes die künstliche Frühgeburt im 7. Monate einleitete bei einer Conj. vera von 54 mm.

Nach völliger Eröffnung des Muttermundes fügte er bei stehender Blase die Symphyseotomie hinzu. Hierauf sprengte er die Häute, fand eine Schulterlage und machte die Wendung. Wendung sehr erschwert durch Schwierigkeiten im Erlangen des Fusses infolge der Gestaltveränderung des Beckens, dessen Promontorium stark nach links abgewichen war. Das Kind wurde lebend extrahirt, starb aber nach einer Stunde. Die Mutter hat den Eingriff glücklich überstanden.

Von einem solchen, wenn auch nur halben Erfolge ermuthigt, leitete Novi bald wieder die künstliche Frühgeburt ein mit Symphyseotomie bei einer rachitischen Schwangeren, bei der nicht nur der Beckeneingang, sondern die ganze Beckenhöhle, hauptsächlich aber der Querdurchmesser verengt war bei Tuberaldistanz nicht mehr als 33 (!) mm.

Das Kind wurde mit Zange lebend extrahirt.

Uebrigens verbindet auch Morisani gern die Symphyseotomie mit der künstlichen Frühgeburt, sobald die Schwangere sich rechtzeitig meldet, jedoch nicht unter den oben angeführten Grenzen. Morisani's Handeln lautet: Bis zu 88 mm Conj. vera am Schwangerschaftsende: Zange oder Wendung, ausnahmsweise Symphyseotomie. Bei Conj. vera von 88 bis 67 mm am Schwangerschaftsende und bei lebendem Kinde: Symphyseotomie und Wendung oder Zange falls nicht spontane Austreibung erfolgt.

Bei nicht ausgetragener Schwangerschaft: künstliche Frühgeburt, dann Symphyseotomie und sobald keine spontane Austreibung erfolgt, Zange oder Wendung. Im Jahre 1881 theilte Morisani eine eigene Beobachtung Novi mit, welche dieser in seiner Arbeit berücksichtigte und welche die Berechtigung seiner Anschauung illustrirt. Die Kreissende gebar bei einer Conj. vera von 7 cm spontan ein lebendes Kind, welches nach 3 Tagen in's Findelhaus abgegeben wurde. Das Kind wog allerdings nicht mehr als 2 Kilogramm und mag wohl später zu Grunde gegangen sein, aber das beeinträchtigt nicht das für Mutter und Kind günstige Ergebniss der Operation.

Unter 65 mm führt Morisani den Kaiserschnitt aus und zwar gleich den meisten seiner Vaterlandsgenossen lieber nach Porro als conservativ.

Solches sind, meine Herren — schreibt Charpentier —, die Anzeigen für die Symphyseotomie!

Aber, wie Bouchacourt ganz mit Recht sagt, bei der Wahl der Symphyseotomie darf man sich nicht ausschliesslich vom Grade der Beckenverengerung bestimmen lassen, sondern muss auch die Form des Beckens, die Art der Gestaltveränderung und Verengerung berücksichtigen. Wenn die Symphyseotomie sich für das platte, geradverengte Becken eignet, so wird sie sich noch viel mehr für das querverengte Becken eignen, und sobald die Verengerung nicht sowohl den Eingang als die Höhle und den Ausgang betrifft (trichterförmiges, sogenanntes kyphotisches Becken). Ebenso wird die Symphyseotomie geeignet sein, bei winkliger Abknickung des Steissbeines nach vorn oder sacro-coccygealer Ankylose. Dasselbe gilt für

das allgemeinverengte Becken, sobald nur der Grad der Verengerung ein nicht allzubedeutender ist.

Es erübrigt noch die Betrachtung des Ausnahmefalles, wenn bei normalen Maassen des Beckens ein räumliches Missverhältniss besteht infolge zu starker Grössenentwickelung des Kindes oder pathologischen Verhältnissen, die nicht das Becken an und für sich betreffen, wo also irgend ein räumliches Missverhältniss zwischen Frucht und Becken besteht. Jeder von uns kennt die Schwierigkeiten so mancher spontanen Entbindung, Zange und Wendung. Die zuweilen hierbei entstehenden Traumatismen, Verletzungen, die nichts weniger als irrelevant für Mutter und Kind sind, Erosionen, Scheidenverletzungen, tiefe Collumeinrisse, traumatische Lähmungszustände hervorrufen, die das Wochenbett compliciren; bezüglich des Kindes Verletzungen und Brüche der Extremitäten, der Schlüsselbeine, Lähmung des Armes, Halsbeschädigungen, ja selbst den Tod. Wäre in diesen Fällen nicht die Symphyseotomie von Nutzen? So fragt Bouchacourt und Charpentier schliesst sich ihm unbedingt an. Ich spreche nicht, sagt Charpentier weiter, von Tumoren, Beckenexostosen, Uterusmyomen und -fibroiden etc. Das sind specielle Fälle, Ausnahmefälle, bezüglich deren sich keine allgemeinen Regeln für das geburtshülfliche Handeln aufstellen lassen, das Verfahren wird ein individuelles bleiben abhängig von der Natur, Grösse und Lagerung der Neubildung! Es ergeben sich folgende Schlussfolgerungen, sagt Charpentier am Ende seines interessanten Vortrages, der der Ausgangspunkt der neueren Pariser Forschungen wurde im Verein mit der Reise Spinelli's nach Paris, speciell um die Lehren der Neapolitanischen Schule vorzutragen und an der Leiche zu demonstriren:

„Die Symphyseotomie bei einer Conjugata vera von 85 bis 67 mm angewandt ist Dank den Leistungen der modernen Wundbehandlung, den Fortschritten der Antisepsis, zu einem segensreichen Eingriffe geworden, der glänzende Resultate liefert. Fast mit Sicherheit können wir Mutter und Kind retten, dem Geburtshelfer wird die traurige und grausame Verpflichtung abgenommen, das Leben des Kindes zu opfern, es zu tödten oder

sein Absterben mit grosser Benachtheiligung der Mutter abzuwarten, sobald er sich nicht zur Kephalotrypsie entschliessen kann, so lange noch die Herztöne des Kindes sein Leben darthun.

Die Symphyseotomie besitzt ihre bestimmten Grenzen, ihr bestimmtes Gebiet, eine stricte Indikation, die zwischen der künstlichen Frühgeburt und dem Kaiserschnitt steht; mit der ersteren verbunden gestattet sie das Kind zu retten, das sonst unfehlbar dem Tode verfallen war. Sowie der Kaiserschnitt, so wird auch die Embryotomie zu einer Ausnahmeoperation werden, die Symphyseotomie wird die Embryotomie bei lebendem Kinde immer mehr und mehr aus der geburtshülflichen Chirurgie verdrängen. Ich hege die Hoffnung, dass es mit dieser französischen Operation so gehen wird, wie mit vielen anderen, die dem französischen Mutterboden entsprossen, in Vergessenheit geriethen, später aber im Triumph aus dem Auslande in's Vaterland heimkehrten und heute mit grossem Nutzen für die leidende Menschheit zur Anwendung gelangen!

An der Spitze unserer geburtshülflichen Einrichtungen steht eine Reihe junger Männer, begabt, gründlich ausgebildet, welche das Wissen mit der technischen Fertigkeit im Umgange mit dem Messer vereinigen. An diese jungen Kräfte wende ich mich heute vor Allem und rufe Ihnen zu: „Ueberlassen Sie, meine Herren, nicht fremden Ländern allein die Wohlthat dieser Operation, welche unsere Erfindung ist. Wenden Sie die Symphyseotomie an, welche Ihnen die Pflicht der immer noch zu häufig ausgeführten Embryotomie am lebenden Kinde erspart, und den Kaiserschnitt zu umgehen gestattet und es Ihnen ermöglicht, fast mit Sicherheit die beiden Ihnen anvertrauten Menschenleben zu retten. Denken Sie daran, dass die Symphyseotomie Ihnen ein Mittel in die Hand giebt, die Kindersterblichkeit zu mindern und dass wir Franzosen ganz besonders hieran denken sollen, denn Frankreich bedarf mehr als je seiner Söhne.“ Mit diesen von Menschenliebe und echt patriotischen, von Vaterlandsliebe durchglühten Worten schliesst Charpentier seinen dankenswerthen und so bald fruchtbar gewordenen Vortrag, der im Anschlusse an die Bestrebungen Morisani's, den Vortrag

Spinelli's und die Arbeiten von Pinard die Frage der Symphyseotomie zu einer internationalen machte.

Ganz besonders hat sich Pinard der interessanten Tagesfrage angenommen. Wir kommen später auf sein Wirken zurück.

Charpentier hat für seinen Vortrag auch bereits die von Spinelli veröffentlichte Statistik von 24 Fällen benutzt, (Spinelli: „Les résultats de la symphyséotomie antiseptique à l'école obstétricale de Nâples". Annales de Gynécologie. Paris. Tome 37. Janvier 1892).

Spinelli endigt seine oben schon angegebene Statistik mit den Schlussfolgerungen:

1) Dass eine ausgetragene Frucht dank der Symphyseotomie unbeschädigt den Kanal eines Beckens passiren kann bei einer Conj. vera von mindestens 65 mm, d. h. ein Becken, für welches in der Geburtshülfelehre aller Herren Länder Embryotomie oder Kaiserschnitt verlangt wird.

2) Dass die unter den Cautelen der Antisepsis und nicht über die oben genannten Grenzen hinaus angewandte Symphyseotomie eine für die Gebärende gefahrlose Operation ist.

Spinelli betrachtet seine Statistik als wissenschaftliche Grundlage, zu Gunsten der Symphyseotomie sprechend; ferner wollte er die Verdienste seines Lehrers Morisani um diese Frage hervorheben und drittens wollte er, wie er sich bescheiden ausdrückt: „préparer et faire sentir le besoin d'une discussion plus large de cette opération au profit de la pratique obstétricale. Aujourd'hui, au point ou en est la symphyséotomie, l'indifférence ou la négligence des accoucheurs ne sont plus justifiées; elles deviennent coupables".

Im Mai 1892 hat dann Morisani persönlich einen Aufsatz in den Annales de Gynécologie (Tome XXXVII. Paris 1892. Avril. p. 241—251) veröffentlicht, dessen Inhalt schon in dem Vortrage Charpentier's berücksichtigt ist. Der Brennpunkt dieser Arbeit ist, dass Morisani den Satz aufstellt: „bis zu

einer Conj. vera von 67 mm Symphyseotomie, ist die Conjugata geringer, so Kaiserschnitt".

Die Statistik der älteren Operationen sei unmaassgeblich, weil sie nicht blos eine Statistik der Operationen ist, „mais aussi la statistique des fautes des opérateurs" sei. Die unglücklichen Ausgänge sind verschuldet 1) durch Operiren ausserhalb der erlaubten Grenzen; 2) selbst bei angezeigter Operation hängt viel von der Geburtsperiode und Technik ab; 3) der schlimme Ausgang ist oft nicht der Operation an sich zuzuschreiben, sondern Folge von vor der Operation schon bestandenen Verletzungen der Weichtheile und ungenügend gehandhabter Antisepsis; 4) der Tod des Kindes ist nicht durch die Symphyseotomie verschuldet, sondern durch die Mittel und Manipulationen, die zu seiner Extraktion angewandt wurden.

Spinelli hat, wie schon erwähnt, im Auftrage Morisani's eine Reise nach Paris unternommen und dort am 10. Oct. 1891 ad hoc eine Vorlesung gehalten mit Demonstration einer Symphyseotomie an der Leiche vor den versammelten Pariser Accoucheuren. Ferner hat Morisani die Frage der Symphyseotomie auf die Tagesordnung des in Rom im Herbst dieses Jahres stattfindenden XI. Internationalen Med. Kongresses gesetzt, siehe: Medical Record, New York, 2. January 1892. p. 18: „The revival of symphysiotomie" und schliesslich noch eine neue statistische Arbeit veröffentlicht: „Per la sinfisiotomia". (Estratto di Annali Ostetricia e Ginecologia. Gennaio 1893. Milano.) (Die Statistik enthält 55 Symphyseotomien von 1887 bis 30. Juli 1892.)

April 1892 erschien eine Arbeit von Francesco Caruso, den wir von seiner Leipziger fleissigen Arbeit in der Fortsetzung der Statistik des Kaiserschnittes her kennen: „Contributo alla pratica della sinfisiotomia" (Annali di Ostetricia e Ginecologia. Nr. 4. Aprile 1892. Milano). „Intanto la scuola napoletana, presso cui la sinfisiotomia da tempo si era rifugiata, con a capo l'illustre prof. Morisani, il più fervente apostolo

di quest'atto operativo, ha seguitato a tener acceso il fuoco sacro alla altare della sinfisiotomia, senza curarsi che nelle altre parti d'Italia ed all'estero fosse obliata o spregiata e, facendo giovare l'operazione dello cautele antisettiche, ha finito per riabilitarla".

Caruso beschreibt 2 eigene Fälle und 20 fremde vom 25. August 1886 an bis zum 7. Februar 1892, zusammen 22: 20 lebend geborene Kinder, 2 todtgeboren; sämmtliche 22 Mütter gerettet. Die meisten Fälle betrafen platte rachitische Becken mit einer Conjugata von 6—6,3—6,5—7,8 cm; 2mal Frühgeburt, einmal am Ende des 8. Monates, einmal in der Hälfte des 9., 20mal am normalen Schwangerschaftsende.

Da die Casuistik von Caruso nicht erschöpfend und seit jener Zeit eine sehr grosse Zahl — wie zu erwarten stand — neuer Beobachtungen hinzugekommen ist, so erlaube ich mir, diese neueren Beobachtungen von 1887 an mit Benutzung der Statistiken von Caruso, Harris und den mir zugänglichen anderweitigen neueren Publikationen hier zusammenzustellen, um auch den den wissenschaftlichen Centra, den Universitätskliniken, ferner stehenden Fachgenossen einen Ueberblick über die neuere Casuistik zu ermöglichen, die in den Journalen aller Lande zerstreut ist. Die von mir zusammengestellten Fälle beziehen sich auf die Zeit vom 1. Januar 1887 an bis zur Gegenwart.

Neuere Casuistik der Symphyseotomie von 1887 bis zur Gegenwart — Mai 1893.

1887:

1. Novi: 8. Januar 1887: 27jähr. rachitische Frau, 6 Stunden nach Geburtsbeginn, Conj. vera 81 mm. Schädellage, nach der Operation Zange. Mutter und Kind gerettet. Urethrovaginalfistel später operirt.

2. Novi: 11. März 1887: De Coribus Celeste, Erstgebärende am Schwangerschaftsende; Conj. vera 67 mm. Steisslage, Extraktion an den Füssen. Mutter und Kind gerettet. Secunda intentio.

3. Novi: 21. April 1887: Candelieri Francesca, Erstgebärende am Schwangerschaftsende; Conj. vera 81 mm. Operation 19 Stunden nach Ge-

burtsbeginn. Schädellage. Mutter und Kind gerettet. Reunio per sec. Am 29. Mai geheilt.

4. Mancusi: 25. August 1887: 21jähr. rachitische Erstgebärende; Conj. vera 7,0 cm (O. I. D. T.). 15 Stunden nach Wehenbeginn Symphyseotomie mit Kettensäge, der obere Arm der Kettensäge resp. das obere Stück senkrecht, das untere Stück horizontal bewegt. Das untere Ende der Kette durch eine Contraapertur gegenüber dem Vestibulum herumgeführt. Zange. Mutter und Kind gerettet (3050 g, Diam. bip. 8,8 cm). Normales Wochenbett, Heilung der Wunde per secundam intentionem. Geburt eines ausgetragenen Kindes.

1888:

5. ? in Neapel: Ruggero Francesca, Erstgebärende am Schwangerschaftsende. Rachitisches Becken; Conj. vera 75 mm. 48 Stunden Geburtsdauer, Zangenversuch; nach der Operation Zangenextraktion; Mutter und Kind gerettet. Reunio per sec. Am 24. Februar entlassen.

6. Morisani: 20. Februar 1888: Liquori Anna, 15jähr. rachitische Erstgebärende; (Conj. vera = 7 cm). O. I. D. T. mit Vorfall einer Hand. Geburt dauert schon 3 Tage, 52 Stunden nach Wasserabfluss; Wendung und Zange vergeblich versucht. Schnitt mit Galbiati's Sichelmesser. Leichte Zange. Knopfnaht, Beckenverband, Mayorscher Verband oberhalb der Knie angelegt zur Immobilisirung der Beine. Mutter und Kind gerettet (2920 g; 51,5 cm, Diam. bip. 9,2 cm). Vereiterung von 2 Nähten, Parametritis, Genesung. Freier Gang.

7. (Siehe Fall 19.) Morisani: 5. März 1888: Mazza Concetta, 25jähr. rachitische Erstgebärende; Conj. vera = 7,0 cm. O. I. S. T. Muttermund voll eröffnet, Eihäute unverletzt. Bei dem Schnitt zerbrach Galbiati's Sichelmesser, Schnitt mit Knopfmesser beendigt. Darauf Eihautsprengung, die Nabelschnur fällt vor, nach Reposition leichte Zange. Mutter und Kind (3080 g, 44,5 cm, Diam. bip. 9,5 cm) gerettet. Normales Wochenbett, Prima reunio; verliess die Klinik am 15 Tage. Freier Gang.

8. ? in Neapel: 2. August 1888: Amoroso Marianna, 17jähr. Erstgebärende; allgemein verengtes Becken, Conj. vera 67 mm. 24 Stunden nach Geburtsbeginn Zangenextraktion. Mutter und Kind gerettet. Am 10. September geheilt entlassen.

9. Mancusi: 16. August 1889: Scarpellini Lucia, 28jähr. Zweitgebärende (erste Entbindung durch Kephalotrypsie beendigt); Conj. vera 6,5 cm. O. I. D. T. Schnitt mit gewöhnlichem Osteotom. Wendung und Extraktion. Mutter und Kind (3240 g, Diam. bip. 9,2 cm) gerettet. Während der Einführung der Hand zur Wendung erhob sich das rechte Schambein so hoch in die Höhe, dass der untere Rand seiner Gelenkfläche am Niveau des oberen des linken Schambeines zu stehen kam.

10. Martino: 17. August 1888: Spalice Francesca, Erstgebärende am Schwangerschaftsende. Rachitisches Becken. Conj. vera. 74 mm.

12 Stunden nach Geburtsbeginn. Schädellage. Mutter und Kind gerettet. Fieberhaftes Wochenbett. Reunio per sec. Am 1. Oktober geheilt entlassen. (Zweite Symphyseotomie an derselben Frau später, siehe Fall 21.)

11. Olivieri: 20. Oktober 1888: Di Pietro Angela, 22jähr. Asymmetrisch rachitisches Becken, Conj. vera 70 mm. 96 Stunden nach Geburtsbeginn Zangenversuch. Zangenextraktion eines lebenden Kindes, Tod der Mutter an Septikämie.

1889:

12. Morisani: 28. Januar 1889: Guistiniani Anna, 24jähr. rachitische Erstgebärende; Conj. vera 6,6 cm. O. I. S. T. Schnitt mit gewöhnlichem Bistouri beendigt. Leichte Zangenextraktion. Mutter und Kind (2520 g, Diam. bip. 8,5 cm) gerettet. Normales Wochenbett, Prima reunio; am 12. Tage geheilt entlassen. Schwangerschaft in der Hälfte des 9. Monats.

13. (Siehe Fall 41.) Mancusi: 2. Mai 1889: Fiore Filomena, 23jähr. Zweitgebärende (siehe den vierten Fall dieser Kasuistik, die erste Entbindung gleichfalls mit Symphyseotomie vor 2 Jahren). O. I. D. T. Operation eine Stunde nach Wasserabfluss. Leichte Extraktion mit der schon vor der Symphyseotomie angelegten Zange. Mutter und Kind (3610 g, Diam. bip. 8,0 cm) gerettet. Normales Wochenbett, Prima reunio. Freier Gang.

14. Novi: 3. Juli 1889 (der 13. Fall der Statistik Spinelli's) im Spital degli Incurabili: 35jähr. Erstgebärende; Conj. vera 7,0 cm. Steisslage. Extraktion. Placenta spontan ausgestossen. Mutter und Kind gerettet. Normales Wochenbett, Prima reunio.

15. Novi: 11. Juli 1899 (der 14. Fall der Statistik Spinelli's): 37jähr. Erstgebärende; Osteomalacie; Conj. vera 8,1 cm, Dist. tub. ischii 4,0 cm. Forceps, Placenta sponte expellitur. Mutter und Kind gerettet. Secunda reunio.

16. (Siehe Fall 26.) Mancusi: 12. September 1889: Protaro Maria, 22jähr. Zweitgebärende (erste Entbindung durch Kraniotomie); Conj. vera 7,8 cm. O. I. D. T. Vor der Operation Versuch mit Zange. Operation wie im Fall 13. Leichte Zangenextraktion. Mutter und Kind (3320 g, Diam. bip. 9,0 cm) gerettet. Normales Wochenbett, Prima reunio, am 8. Tage aufgestanden. Gang frei.

17. Scibelli: 7. Oktober 1889: 21jähr. rachitische Erstgebärende; Conj. vera 7,5 cm. O. I. S. T. Schnitt 18 Stunden nach Geburtsbeginn, 6 Stunden nach Wasserabfluss, Galbiati's Sichelmesser. Mutter und Kind gerettet. Fistula vesico-vaginalis. Sehr grosses Kind, Schädelimpression von 6 mm Tiefe am Tub. coron. sin. (Bis jetzt nicht publicirter Fall.)

18. Novi: 28. Oktober 1889 (16. Fall der Statistik Spinelli's): Perozzi Maria, 21jähr. Zweitgebärende; Conj. vera 7,4 cm. (6,7 ?) Fieber-

haftes Wochenbett. Forceps; Placenta sponte. Mutter und Kind gerettet. Secunda reunio.

1890:

19. Morisani: 20. Februar 1890: 27jähr. Zweitgebärende (siehe Fall 7). O. I. S. T. Wendung. Mutter und Kind (2600 g, Diam. bip. 9,0 cm) gerettet. Normales Wochenbett. Prima reunio, verliess die Klinik am 10. Tage. Gang frei.

20. Morisani: 28. März 1890: De Silva Vincenza, 19jähr. Erstgebärende; Conj. vera 7,0 cm. O. I. S. T. 24 Stunden nach Wasserabfluss, Meconium geht ab. Vorgehen wie im Fall 7. Wendung nach der Symphyseotomie. Mutter und Kind (3250 g, Diam. bip. 9,5 cm; 45 cm Länge) gerettet (?) Endometritis septica, Genesung, Prima reunio; Kind scheintodt geboren, aber belebt, starb nach 12 Stunden (!)

21. (Siehe Fall 10.) Novi: 1. April 1890 (der 15. Fall der Statistik Spinelli's). 21jähr. Zweitgebärende (nach Morisani erste Entbindung Symphyseotomie durch Martino, siehe Fall 10). Rachitisch; Conj. vera 6,7 cm. Forceps, schwierige Extraktion. Mutter und Kind (5000 g, Diam. bip. 10,0 cm) gerettet. Fieberhaftes Wochenbett, Prima reunio.

22. Campione in Bitonto: 4. April 1890: Tarantino Anna, 35jähr. Siebentgebärende (vorher 5 Geburten am normalem Schwangerschaftsende spontan, die 6. mit Zange beendigt). Osteomalacie. Conj. vera 7,1 cm. 24 Stunden nach Wasserabfluss Zangenversuch. Falcetta. Schwierige Zangenextraktion. Mutter und Kind gerettet. Normales Wochenbett; am 35. Tage aufgestanden, ganz gesund entlassen. Ausgetragene Schwangerschaft. (Campione: „Un caso di sinfisiotomia in bacino osteomalacico". Bari 1890.)

23. (Siehe Fall 30.) Morisani: 30. Mai 1890: Connola Nunziata, 31jähr. Zweitgebärende (erste Entbindung durch künstliche Frühgeburt am 8. Monate, Forceps, todtfaule Frucht). Rachitisch; Conj. vera 7,9 cm. O. I. S. T. 24 Stunden nach Wasserabfluss Operation wie in Fall 7. Forceps, leichte Extraktion. Mutter und Kind (3050 g, 49 cm, Diam. bip. 9,5 cm) gerettet. Normales Wochenbett, Prima reunio. Verliess die Klinik am 10. Tage. Gang frei.

24. Martino (Spital degli Incurabili): 12. September 1890: 24jähr. rachitische Erstgebärende; Conj. vera 6,7 cm. Vorfall der Nabelschnur bei vorliegender Schulter; Wendung; die Mutter starb am 12. Tage an Metroperitonitis, das asphyktisch geborne Kind starb gleichfalls.

25. Morisani: 12. November 1890: Gallizia Filoncena, 35jähr. Zweitgebärende (erste Entbindung durch künstliche Frühgeburt am 8. Monate, Zange, lebendes Kind). Plattes rachit. Becken mit Conj. vera von 7,2 cm Schädellage. Nach Symphyseotomie Forceps. Mutter und Kind (2920 g, 49,5 cm; Diam. bip. 8,5 cm) gerettet. Normales Wochenbett, Prima reunio; verliess die Klinik am 13. Tage. Gang frei.

1891:

26. Mancusi: 18. Februar 1891: Protario Maria, 24jähr. Drittgebärende (nach Fall 16); O. I. S. T. Nach Symphyseotomie leichte Zangenextraktion. Mutter und Kind (3070 g, Diam. bip. 9,0 cm) gerettet. Normales Wochenbett, Prima reunio, stand am 7. Tage auf. Zweite Symphyseotomie. Gang frei. (Siehe Fall 16.)

27. Postiglione in Neapel: 22. April 1891; Di Nacci Concetta, 33jähr. Erstgebärende; Plattes rachitisches Becken; Conj. vera 8,0 cm. O. I. S. T. 4 Tage nach Geburtsbeginn. Schnitt mit Mancusi's Skalpell begonnen, mit geknöpftem Bistouri beendet. Forceps. Mutter und Kind (3250 g, Diam. bip. 9,5 cm) gerettet. Fistula urethrovaginalis. Fieberhaftes Wochenbett. Gangvermögen frei.

28. Caruso in Neapel: 9. Juni 1891: Vacca Anna, 24jähr. Zweitgebärende (bei der ersten Entbindung Schädelperforation an der todten Frucht durch die Hebamme). Plattes rachit. Becken, Conj. vera 7,0 cm. O. I. S. T. 3½ Tage nach Geburtsbeginn. Schnitt mit Bistouri von oben nach unten zu, von aussen nach innen zu, absteigender centripetaler Schamfugenschnitt. Forceps, leichte Extraktion. Mutter genesen, Kind todt (4200 g, 53 cm, Diam. bip. 9,1 cm). Normales Wochenbett, Prima reunio; stand am 20. Tage auf. Gang frei.

29. Mancusi: 13. Juni 1891: Tomas Maddalena, 24jähr. Erstgebärende. Trichterförmiges rachit. Becken mit stark vorstehendem Promontorium. Conj. vera 6,5 cm Dist. tuber. 3,5 cm (?) Schädellage; 12 Stunden nach Geburtsbeginn. Vorzeitiger Wasserabfluss. Verfahren wie im Fall 12. Vergeblicher Zangenversuch, Wendung. Mutter und Kind (2950 g, Diam. bip. 8,5 cm) gerettet. Prima reunio vulneris, fistula vesico-vaginalis. Gang frei.

30. (Siehe Fall 23.) Morisani: 10. Juli 1891; Connola Nunziata, 32jähr. Drittgebärende. O. I. S. T. Stehende Blase. Vorgehen wie im Falle 4. Leichte Zangenextraktion. Mutter und Kind (3150 g, 50 cm; Diam. bip. 9,3 cm) gerettet. Normales Wochenbett, Prima reunio, verliess die Klinik am 8. Tage. Gang frei. (Zweite Symphyseotomie.)

31. Morisani: 16. September 1891; Bifolco Domenica, 20jähr. Erstgebärende, rachit., Conj. vera 6,7 cm. Forceps. Mutter und Kind gerettet. (Der 25. Fall der Statistik von Harris. Kind starb bald in Folge einer Missbildung.)

32. Morisani: 25. September 1891; 34jähr. Neuntgebärende (7 spontane Frühgeburten, 8. Entbindung Symphyseotomie mit lebendem Kinde, Fall Nr. 18 der dritten Statistik Morisani's). Rachit. Becken, Conj. vera 7,0 cm. O. I. S. T. Einige Stunden nach Wasserabfluss. Leichte Zangenextraction. Mutter und Kind (3500 g, 50 cm) gerettet. Normales Wochenbett, Prima reunio. Verliess die Klinik am 15. Tage. Gang frei.

33. Laccetti: 19. November 1891: Prelisse Antonia, 18jähr. Erstgebärende. Conj. vera 7,0 cm, Forceps. Mutter und Kind (3000 g, Diam. bip. 9,5 cm) gerettet. Freier Gang.

34. Morisani: 20. November 1891: Fisichella Maria, 27jähr. Erstgebärende, rachit.; Conj. vera 7,0 cm O. I. D. T. 12 Stunden nach Geburtsbeginn. Ausgangszange wegen unnachgiebigen Dammes. Mutter und Kind (3500 g, Diam. bip. 9,5 cm) gerettet. Prima reunio ausser im untersten Wundwinkel. Normales Wochenbett, freier Gang.

35. Morisani: 28. November 1891: Aiello Antonietta, 28jähr. Drittgebärende (2 siebenmonatliche Frühgeburten, todte Kinder). Conj. vera 6,3 cm O. I. S. T. Leichte Zangenextraktion. Mutter und Kind (2100 g, 44 cm, Diam. bip. 8,5 cm) gerettet. Normales Wochenbett, Prima reunio, freier Gang. Schwangerschaft am Ende des 8 Monats.

36—37. In einer Anmerkung: „Not reported in time" in die bereits gedruckte Brochüre eingeklebt, fügt Harris unter dem Datum des 12. und 16. Decembers 1892 noch 2 Fälle hinzu. Es muss hier wohl ein Druckfehler entweder bezüglich des Monates oder des Jahres vorliegen, ich nehme an, es muss 1891 statt 1892 heissen.

Novi: 16. December 1891 (?) 24jähr. rachit. Erstgebärende, Conj. vera 6,7 cm Forceps. Mutter gerettet, Kind starb am ersten Tage noch.

Olivieri in Neapel: 22. December 1891: 21jähr. rachit. Erstgebärende, Conj. vera 6,7 cm Forceps, Romano Giovanno. Mutter und Kind gerettet.

1892:

38. Novi: 13. Januar 1892: Panza Giovannina, 18jähr. Erstgebärende, enges Becken, Conj. vera 7,5 cm Forceps. Mutter gerettet, Kind todt geboren, vorher abgestorben.

39. Pinard (in der Pariser Klinik Baudelocque) hat im Jahre 1892 nicht weniger als 13 Symphyseotomien in seiner Abtheilung zu verzeichnen, die im Folgenden dem Datum nach verzeichnet werden, später folgt noch eine Reihe von 8 weiteren Operationen aus seiner Klinik.

(Diese Fälle sind theilweise schon im Februarheft der Annales de Gynécologie von Pinard bearbeitet, Paris 1892, Tome XXXVII. „De la symphyséotomie", sämmtliche 13 Fälle zusammen in einem neueren Aufsatze. „De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année 1892". Annales de Gynécologie 1892. Décembre (p. 431—463). Die erste Arbeit Pinard's ist die Veröffentlichung einer Vorlesung vom 7. December 1891, deren Inhalt am 15. März 1892 durch Prof. Tarnier der Académie de Médecine vorgetragen wurde. Von diesen 13 Operationen hat Pinard persönlich 8 ausgeführt, Varnier 2, Lepage, Wallich, Potocki je 1.)

Der erste Fall, also Fall 39 unserer Statistik, betrifft die von Pinard am 4. Februar 1892 operirte 32jähr. Zweitgebärende B, Conj. diagonalis 9,7 cm. (Erste Entbindung am normalen Schwangerschaftsende bei Schulterlage, todtfauler Frucht und Nabelschnurvorfall, „embryotomie rhachidienne"

mit Tarnier's Embryotom von Ribemont-Dessaignes ausgeführt. Schädel erst nach Basiotrypsie extrahirt, Genesung nach 32 Tagen). Rachitische Person. Künstliche Frühgeburt im 8. Monat mit Champetier's Ballon hervorgerufen bei Hydramnios. Am 3. Februar abends $7^1/_2$ Uhr Ballon eingeführt, kurz vor Mitternacht Muttermund voll eröffnet, um $12^1/_2$ Uhr Ballon extrahirt, Steisslage, man versucht vergeblich bei stehender Blase die äussere Wendung auf den Kopf. Kurz vor 1 Uhr Symphyseotomie um an den Füssen zu extrahiren, Diastase sofort auf 1 cm. Um $1^1/_4$ Uhr Blasensprengung, um 1 Uhr 20 Minuten Steiss extrahirt, schwierige Extraction des Kopfes, Diastase daher nicht gemessen. Um $1^3/_4$ Uhr nachts Naht der Wunden, Gypsverband. Kind (3350 g, 52 cm) scheintodt, aber belebt; Diam. bip. 9,8 cm, aber starker Eindruck am parietale dextrum. Das Kind starb am 6. Februar (3. Tag) an den Folgen einer Meningealblutung. Normales Wochenbett, nur einmal am 5. Tage + 38,9° C. Prima reunio. Am 21. Tag aufgestanden, geht schmerzfrei, keine abnorme Beweglichkeit in den Beckengelenken.

40. Caruso; 7. Februar 1892: 32jähr. Viertgebärende (3 Aborte vorher). Allg. verengtes Becken mit Conj. vera von 7,0 cm. Steisslage mit Vorfall eines Kniees, 5 Stunden nach vorzeitigem Wasserabgang Symphyseotomie. Mutter und Kind (3000 g, 49 cm, Diam. bip. 9,0 cm) gerettet. Normales Wochenbett, Prima reunio, freier Gang.

41. Pinard: 22. Februar 1892: Erstgebärende, plattes Becken, trat am 24 Februar ein mit stehender Blase, die abends $10^1/_4$ Uhr gesprengt wird. 25. Februar $4^1/_2$ Uhr Muttermund voll eröffnet, Zangenversuch, 15 Minuten Traktionen vergeblich (Dr. Lepage). Noch einmal Tarnier's Zange. Zange in diesem wie in allen folgenden Fällen Pinard's im anteroposterioren, also sagittalen Beckendurchmesser angelegt, ein Löffel vor dem Promontorium, der andere hinter der Symphyse. Ausschliesslich Tarnier's Zange. Bezüglich der verhängnissvollen Folgen der Anlegung der Zange im sagittalen Durchmesser im Beckeneingang mache ich auf den Vortrag Poraks aufmerksam. „Danger des applications du forceps suivant le diamètre antéropostérieur du détroit supérieur“ Séance de 10. Novembre 1892 de la Société obstétricale et gynécologique de Paris. — Répert. universel d'Obst. et de Gynécol. 25 Décembre 1892. Nr. 12. p. 519—538. Zangenextraktion des lebenden Kindes (4670 g), Diastase 1 cm, bei Schenkelspreizung 3 cm, bei Zangenextraktion 6,1 cm, Diam. bip. 9,3 cm. — Mutter und Kind gerettet. Am 33. Tage aufgestanden, Prima reunio.

42. Pinard: 23. März 1892: 30jähr. Viertgebärende, „bassin annellé“, Conj. diag. 9,0 cm. (Erste Entbindung in der Hälfte des 9. Monats operativ beendet, todtes Kind 1887; zweite Entbindung: künstl. Frühgeburt im 8 Monate, Kind stirbt nach 3 Tagen 1888; dritte Entbindung: Zange (Fochier operirte), 3220 g, Knabe, Diam. bip. nicht mehr als 7 cm; Kind starb am 15 Tage.) Jetzt Scheitellage nach äusserer Wendung mit nach-

folgender Gurtfixation. 21. März $10^3/_4$ Uhr Tarnier's Ballon eingeführt, nach $2^1/_4$ Stunden ausgestossen. 23. März 5 Uhr früh Champetier's Ballon zur Frühgeburt in der Hälfte des 9. Monats. Nach 1 Stunde 2 schräge Applicationen von Tarnier's Zange, dann eine erfolglose gerade Anlegung. Darauf Symphyseotomie, Diastase sofort 1 cm, durch Schenkelabduction auf 4,8 cm gesteigert. Forceps, dabei 6,5 cm Diastase. Knabe 2730 g, Diam. bip. 9,7 cm, scheintodt, schnell belebt. Normales Wochenbett, Prima reunio. Freier Gang, am 29. Tage aufgestanden. (Die ersten 3 von ihm operirten Frauen stellte Pinard am 21. Mai 1892 in der Académie de médecine vor.)

43. Morisani: 7. April 1892: 22jähr. rachit. Erstgebärende; Conj. vera 7,8 cm; Forceps. Mutter und Kind gerettet.

44. Freund: 29. April 1892: 34jähr. Drittgebärende (erstes Kind todt geboren, zweites lebend [Forceps]). Plattes Becken, Conj. diag. 10 cm Conj. ext. 18,5 cm. Kopf über dem Beckeneingange beweglich; 6 Tage nach Geburtsbeginn, 2 Tage nach Wasserabgang Operation. Da nach dem Schnitt die Diastase zu gering, durchschnitt F. das lig. arcuatum inferius. Um einer gewaltsamen Spreizung und Platzen in den Ileosacralgelenken vorzubeugen, prophylactisch Esmarch's elastischer Schlauch um das Becken. Vernähung der Wunde vorher. Weitere Geburt spontan bis auf Ritgen's Handgriff am Schluss wegen Schwächerwerden des Herzschlages. Der Schädel passirte die Schamspalte im rechten schrägen Durchmesser, die Pfeilnaht kam nicht dazu sich im sagittalen Ausgangsdurchmesser einzustellen. Placenta spontan. Mutter und das asphyktisch geborene Kind (4000 g, 51 cm, Diam. bip. 11 cm, Schädelumfang 37 cm) gerettet.

Nach der Operation hämatoma labii pud. majoris unius, Hämaturie. Statt des elastischen Schlauches Handtuchconstriktion des Beckeneinganges, Verband aus gestärkten Marlybinden. Schlauch 3 Stunden nach der Operation abgenommen. Hintere Beckengelenke schmerzhaft, die untern Gliedmaassen wie gelähmt, nach aussen gedreht und abducirt. Das Lippenhämatom vereiterte und entleerte sich nach 2 Wochen in die Scheide. Beckengelenke beweglich, erst nach 2 Monaten freier Gang. Die Symphyse etwas klaffend noch nach einem Monate nach der Operation, man fühlt die Spalte und Periostwucherungen, leicht fieberhaftes Wochenbett.

45. Truzzi: 30. April 1892: 45jähr. Neuntgebärende; Plattes Becken mit Conj. vera von 7,5 cm; 22 Stunden nach Geburtsbeginn Operation und Zange. Mutter und Kind (3440 g, Diam. bip. 9,5 cm) gerettet. Die vorausgehenden acht Kinder sämmtlich todtgeboren.

46. Varnier (Pinard's Klinik): 3. Mai 1892: 22jähr. Viertgebärende. Rachit. Becken, Conj. diagon. 9,8 cm (erste Entbindung 1886; Embryotomie nach 2tägiger Geburtsdauer; zweite Entbindung 1887; künstliche Frühgeburt im 8. Monate, Schädellage mit Vorfall der Nabelschnur,

der Hände und eines Fusses, Wendung. Scheintodtes Mädchen 2400 g, belebt, starb am nächsten Morgen; dritte Entbindung 1890: Künstliche Frühgeburt im 8. Monat, Basiotrypsie). Scheitellage. Künstliche Frühgeburt; früh 5 Uhr 40 Minuten Champetier's Ballon, 10 Uhr früh Muttermund voll eröffnet, Blase steht, Kopf nicht engagirt. 11 Uhr 48 Min. früh Operation, Diastase sofort 3 cm. Blasensprengung und sofort Zange, leichte Extraction (Diastase nimmt dabei nur um einen halben Querfinger zu). Knabe von 2130 g, Diam. bip. 8,2 cm. Asphyktisches Kind, belebt, Couveuse 36° C, stirbt am 5. Mai. Keine Schädelverletzung bei Section. Fieberhaftes Wochenbett, Abscess der linken grossen Schamlippe, eingeschnitten am 17. Tage, communicirt nicht mit der Wunde. Prima reunio. 26. Tag aufgestanden, nach 6 Wochen geheilt entlassen. Freier Gang.

47. Duchamp in St. Étienne: 23jähr. Erstgebärende, Conj. vera 87 mm; partus protractus; Dilatation des Collum durch Champetier's Ballon, vergeblich hohe Zange, nach der Operation Zangenextraktion. Mutter gerettet, Kind asphyktisch geboren, belebt, starb aber nach 35 Stunden infolge Zangenverletzung; Knocheneindruck am os frontale dextrum. Diastase nach der Operation bei Extraktion 6 cm.

48. Leopold: 25. Mai 1892: 37jähr. Viertgebärende (1. und 2. Entbindung mit Zange beendigt, todte Kinder; 3. Entbindung vorzeitig, spontan, abgestorbene Frucht). Allgemein verengtes, plattes, rachitisches Becken. Conjugata vera 6,75 cm. 25. Mai früh $7^1/_2$ Uhr Wehenbeginn, $1^1/_2$ Stunden nach Blasensprung. Kopf auf Beckeneingang fest stehend. 2 Uhr 50 Minuten Operation, 3 Uhr hohe Zange. Symphysen- und Bauchdeckennaht (?). Diastase 3 cm, während Extraktion 7 cm. Wie Leopold meint, wurde unnöthigerweise auch das Lig. arcuatum durchtrennt, dadurch starke Blutung aus dem eingerissenen Bulbus cavernosus clitoridis, die durch Naht und Tamponade gestillt werden musste. Schamfuge mit 3, Weichtheile mit 4 tiefen und 7 oberflächlichen Seidenfäden vernäht. Beckengurtverband 3 Wochen lang. Während der Operation seitliche Trochanter- und Hüftschaufelcompression. Mutter und Kind (Mädchen, 3565 g, 49 cm, Diam. bip. 9,75 cm) gerettet. Normales Wochenbett, am 24. Tage aufgestanden, freier Gang.

49. Tarnier: 27. Mai 1892 („Un cas de symphyséotomie". Communication faite à l'Académie de Médecine le 29 Juin 1892: Annales de Gynécologie. Tome 38. Août, p. 126): 31jähr. rachitische Fünftgebärende, Conj. vera 7,5 cm. [Die ersten 3 Entbindungen in der Klinik durch Kephalotrypsie beendigt (Marchand, Charpentier, Doléris), bei der 4. Entbindung Basiotrypsie (Pinard)]. Jetzt $8^1/_2$ Monate schwanger. 23. Mai künstliche Frühgeburt, Tarnier's Ballon und Champetier's Ballon. 27. Mai bei voller Eröffnung Blasensprengung; Kopf über dem Eingange, also kein Zangenversuch, sondern sofort Operation. Mit einem Schnitt Hautdecken durchtrennt: „Puis, un bistouri boutonné fut placé immédiate-

ment au dessus de l'interligne articulaire et dirigé d'avant en arrière et de haut en bas. L'index de la main gauche, introduit dans le vagin et recourbé derrière la symphyse pubienne, alla à la rencontre de l'extrémité boutonnée de ce bistouri, pressa sur celleci, et cet instrument, ainsi tenu par les deux mains, incisa la symphyse de haut en bas et d'arrière en avant. Après l'incision, je plaçai entre les deux pubis l'écarteur en forme de lyre que M. le Dr. Tuffier a fait construire, et les deux branches de cet instrument furent écartées à leur maximum, de sorte que les deux pubis étaient séparés par une distance de 57 mill." Da der Kopf auch nach der Symphyseotomie nicht tiefer trat, Forceps wegen Rigidität des Muttermundes. Tarnier fügte noch eine Muttermundsdiscision mit der Scheere hinzu und extrahirte dann ohne Schwierigkeiten ein lebendes Kind (2230 g, Diam. bip. 9,0 cm): 5 Nähte, Tarlatanbindenverband, elastische Binde, am nächsten Tage Specialverband von Pinard. Fieberloses Wochenbett, am 14. Tage Nähte entfernt, am 27. Tage aufgestanden. Mutter und Kind gerettet. Freier Gang.

50. Pinard: 29. Mai 1892: 38jähr. Sechstgebärende. „Bassin annelé". Conj. diag. 9,3 cm. (Erste Entbindung: reife Frucht, Basiotrypsie 1885 nach 73stündiger Geburtsdauer und vergeblichem Zangenversuche, Kind 3520 g; 2. Entbindung: künstliche Frühgeburt, $7^1/_2$ Monate, wobei das Kind abstarb, 1887; 3. Entbindung: künstliche Frühgeburt am Ende des 7. Monates, hohe Zange. 2200 g schwerer Knabe, starb bald darauf. Diam. bip. 8,0 cm; 4. und 5. Schwangerschaft: Abortus. Jetzt Schwangerschaftsende abgewartet zur Symphyseotomie, 28. Mai früh 5 Uhr vorzeitiger Blasensprung, am 29. Mai früh 6 Uhr volle Eröffnung des Muttermundes; 10 Uhr früh Operation, dann Zange. Leichte Extraktion (dabei 4,5 cm Diastase). Mutter und Kind (3110 g, Diam. bip. 9,1 cm) gerettet. Normales Wochenbett trotz zweimaliger Temperatursteigerung bis + 38,0° C. am 2. und 7. Tage. Prima reunio. Am 16. Tage ohne Erlaubniss aufgestanden, geht aber frei und gut, am 31. Tage entlassen. Gang frei.

51. Ribemont: 8. Juni 1892: 28jähr. Erstgebärende, Conj. vera 83 mm; Zangenversuch, Zangenextraktion nach der Operation. Mutter und Kind (3350 g, Diam. bip. 9 cm) gerettet. Diastase 4—4,5 cm.

52. Porak („Symphyséotomie chez une femme rachitique en travail au terme de la grossesse. Succès pour la mère et l'enfant". Annales de Gynécologie. Septembre 1892. p. 213—216): 11. Juni 1892: 25jähr. Erstgebärende, 142 cm hoch. Rachitisches asymmetrisches Becken. Conj. diag. 9,6 cm. Trat am 10. Juni in das Spital Lariboisière ein. Am nächsten Morgen früh 11 Uhr Muttermund voll eröffnet, Wasser tags zuvor abgegangen. Vergeblicher Zangenversuch. Porak nahm die Zange ab, [Andere operiren ohne die Zange abzunehmen], führte den Katheter ein, um die Harnblase nach hinten abzudrängen; nach Hautschnitt löste er das Lig. triangulare vom Schambogen ab, führte zwischen beiden ein geknöpftes

Bistouri ein und durchtrennte die Symphyse von unten nach oben zu, von hinten nach vorn zu und hörte dabei ein deutliches krachendes Geräusch während der Diastase, die auf 3—4 cm alsbald klaffte. Unbedeutende Blutung aus den Gefässen des Cavum Retzii, durch Compression gestillt. Leichte Zangenextraktion. Mutter und Kind (2620 g) gerettet. Kopf abgeflacht; 6 Seidennähte auf die Wunde. Watte und Flanellbinde. Harnincontinenz 4 Tage lang, trüber Harn, später normal. Temperatursteigerung einmalig bis + 38,6° C. bei 100—128 Puls. Vom 4. Tage an Wochenbettsverlauf normal, am 5. Tage Nähte entfernt; Prima reunio; am 7. Tage Schamfuge consolidirt, keine Spur abnormer Beweglichkeit. Am 20. Tage aufgestanden, um so mehr erlaubt, da die Frau schon vorher ohne Erlaubniss aufgestanden war. Nach 1 Monat fand Porak ausser (?) einer grossen Beweglichkeit (?) in der Schamfuge nichts Abnormes.

53. Martone (Neapel): 15. Juni 1892: 34jähr. Mehrgebärende, kreissend eingetreten; Zangenextraktion nach der Operation. Mutter und Kind gerettet. Am 13. Tage aufgestanden.

54. Leopold: 28. Juni 1892: 37jähr. Zweitgebärende (Excerebration an der reifen Frucht sub primo partu). Plattes Becken. Conj. vera 6,75 cm. Schädellage. 22 Stunden nach Geburtsbeginn und 3 Stunden nach Wasserabfluss Operation, hohe Zange, leichte Extraktion 11 Minuten nach der Operation. Lig. arcuatum nicht durchschnitten. Naht und Verband. Mutter und Kind (3310 g, 51 cm, Diam. bip. 9,75 cm) gerettet. Nähte am 17. Tage entfernt, am selben Tage freie Bewegung der Beine. Leichte Bronchitis nach der Aethernarkose. Harn normal entleert. Nach dem Schnitt Diastase von 3 cm, während der Extraktion 6,5 cm.

55. Pinard: 29. Juni 1892: 32jähr. Erstgebärende, allgemein verengtes Becken. Conj. diag. 9 cm. Schädellage. Künstliche Frühgeburt und Symphyseotomie vor jedem Extraktionsversuch. Tarnier's Ballon am 28. Juni früh 10½ Uhr, Champetier's Ballon um 5½ Uhr nachts am 29. Juni, Blasensprung. Abends 9 Uhr Muttermund voll eröffnet; bei Extraktion des Ballons Einriss linkerseits im Vestibulum, 2 Klemmpincetten angelegt. 9 Uhr 15 Minuten Symphyseotomie. 3,5 cm Diastase; leichte Zangenextraktion (6,2 cm Diastase). Knabe 2720 g. Diam. bip. 9,4 cm. Mutter und Kind gerettet. Normales Wochenbett. Prima reunio. Am 20. Tage aufgestanden, freier Gang.

56. Pinard: 7. Juli 1892: 23jähr. Erstgebärende „bassin annelé". Conj. diag. 10,4 cm. Schädellage. Künstliche Frühgeburt mit Tarnier's, später Champetier's Ballon. Nach Schnitt 1 cm Diastase. Blasensprengung und mit zweimaliger Zangenapplikation (die zuerst angelegte Zange drohte abzugleiten) Extraktion eines Knaben von 3300 g, Diam. bip. 10 cm. Mutter und Kind gerettet. Leicht fieberhaftes Wochenbett, Prima reunio. Am 24. Tage aufgestanden, freier Gang.

57. Morisani: 9. Juli 1892: Liquori Anna, 25jähr. rachitische Zweitgebärende. Conj. vera 7 cm. Forceps. Mutter und Kind gerettet. (Zweite Symphyseotomie: siehe Fall 6.)

58. Morisani: 11. Juli 1892: 42jähr. rachitische Viertgebärende. Conj. vera 7,5 cm. Forceps. Mutter und Kind gerettet.

59. Tellier: 12. Juli 1892: Hortense N., 27jähr. Erstgebärende, trat Mitte Juni 1892 in die Klinik in Lyon ein. Schädellage, Conj. vera 10,75 cm, allgemein verengtes, plattes, asymm. rachit. Becken. 9. Juli Geburtsbeginn, aber 2 Wochen vor der Zeit, Geburt schreitet langsam vorwärts, 12. Juli $4^3/_4$ Uhr früh Blasensprengung, Kopf tritt ein, Pfeilnaht im linken schrägen Durchmesser, grosse Fontanelle median, kleine nicht erreichbar. Kopf hart, „complêtement(?) ossifié". $5^1/_4$ Uhr früh Operation. Nach vollkommener Durchschneidung Diastase 4—5 cm. Der untere Wundwinkel reisst ein, starke Blutung trotz Klemmpincetten fortdauernd! $^1/_4$ Std. lang trotz der Tamponade Blutung. Eine Arterie vom Kaliber der arter. radialis spritzt, angedrückt an den absteigenden Schambeinast, Blutung dauert fort trotz Digitalcompression; Gefäss nicht mit Klemme zu erfassen. Thermokauter vermindert wohl die Blutung, aber hebt sie nicht auf. So vergingen $^3/_4$ Stunden! Levret's Zange, dabei Diastase 8 cm! Damm platzt, neue Blutung. Diastase steigt trotz Gegendruck auf mehr als 10 cm! Das asph. Kind belebt!

„On constate que la déchirure antérieure de la vulve se continue à droite sur l'urèthre et la vessie sur la largeur d'une pièce de deux francs" Blutstillung noch immer schwierig. Blase mit Silberdraht genäht, Weichtheile sonst mit Seide an vulva und vagina, an Operationswunde mit Draht. Die Kranke macht dabei eine plötzliche Bewegung, wobei man ein Krachen hört. Verweilkatheter, Bonnet'sche Drahtrinne. Nach 7 Stunden verengte Pupille, kalte Haut. Heisse Einwickelungen, Bewusstsein, aber nach $^1/_2$ Stunde Syncope. Künstliche Athmung, Autotransfusion durch Gliedererheben, Excitantien, Tod: 15 Stunden nach Operation trotz Seruminjektion. Kind lebt: (4250 g, Diam. bip. 10,8 cm).

Sektion: Uterus in Ordnung, Blasenscheidenriss wie vorher, hintere Beckengelenke etwas distendirt, einige Bandmassen zerrissen vorn, hinten nicht.

Conj. vera im geschlossenen Becken: 100 mm, bei 6 cm Diastase 118 (Zuwachs 18), bei 8 cm 120 (20), bei 10 cm 124 (24).

Diam. transv. max. im geschlossenen Becken: 124 mm, bei 6 cm Diastase 145 (Zuwachs 21), bei 8 cm 154 (30), bei 10 cm 162 (38).

Diam. transv. med. im geschlossenen Becken: 119 mm, bei 6 cm Diastase 142 (Zuwachs 23), bei 8 cm 149 (30), bei 10 cm 159 (40).

Linker schräger Durchmesser im geschlossenen Becken: 112 mm, bei 6 cm Diastase 126 (Zuwachs 14), bei 8 cm 134 (22), bei 10 cm 140 (25).
Rechter schräger Durchmesser im geschlossenen Becken: 108 mm, bei 6 cm Diastase 128 (Zuwachs 20), bei 8 cm 129 (21), bei 10 cm 136 (28).

Tellier beschuldigt den Blutverlust, den er auf ca. 1100 g schätzt, die lange Operationsdauer ($1^1/_4$ Stunde) [mehr als 100 g Chloroform verbraucht], endlich den traumatischen Shok. Darauf hin schliesst Tellier hauptsächlich wegen der Möglichkeit starker Blutungen und schwieriger Blutstillung, die Symphyseotomie werde schwerlich Jedermann's Sache sein und sich kaum für die Privatpraxis allgemein einbürgern.

Die Blasenzerreissung will Tellier nicht der zu grossen Diastase zuschreiben, weil nicht die vordere, sondern die hintere Blasenwand riss, sie sei vielmehr eine Fortsetzung eines Vulvarisses, „qui a joué par rapport à elle le rôle du coup de ciseaux du commis en étoffe".

Der Vulvariss ist entweder die Folge des Missverhältnisses zwischen grossem Kopf und enger Vulvaöffnung, oder nach Fochier's Ansicht die Folge „de la disparition du soutien squelettique de la région supérieure de la vulve par suite de l'écartement des pubis et du refoulement en haut de cette portion vulvaire au moment du dégagement de la tête". Um solchen Rissen vorzubeugen, wies Fochier auf prophylaktische Perineotomie hin.

60. Lepage (Pinard's Klinik): 16. Juli 1892: 27jähr. Zweitgebärende mit Uterintumor, spontane Frühgeburt mit $8^1/_2$ Monat. (Erste Entbindung: Zange, lebendes Kind.) Geburtsdauer bis Operation etwa 24 Stunden. Zwei vergebliche Zangenversuche, nach Operation Zangenextraktion. Mutter und Kind (2890 g) gerettet. Glatte Heilung bis auf Recrudescenz einer alten Cystitis; am 17. August freier Gang. Drahtwundnaht. Schwierigkeiten die Symphyse zu treffen. Lepage war zu weit nach rechts abgewichen. Zwei tiefe und drei oberflächliche Silberdrahtnähte der Weichtheile der Wunde, gewöhnliche Binde mit Watteunterlagen. Fieberlose Heilung. Am 2. Tage abends einige Gypsbindentouren. Am 8. Tage Nähte entfernt, untere Wundhälfte geheilt, obere klafft etwas, keine Eiterung. Gypsbinden entfernt.

Lepage will für Ausnahmefälle als Indication Tumoren gelten lassen, die sich nicht nach oben aus dem Becken verdrängen lassen, sei es dass sie von den Weichtheilen oder vom Becken selbst ausgehen.

61. Porak berichtet im Internationalen Gynäkologen-Congress in Brüssel über seine schon berücksichtigte erste und eine zweite Symphyseotomie mit Rettung von Mutter und Kind, die er an einer kyphotischen Kreissenden vollzog (Annales de Gynécologie, Octobre 1892. p. 308—309). Porak will die Embryotomie ausschliesslich für den Fall einer abgestorbenen Frucht reserviren, verlangt bei der Symphyseotomie durchaus Durchschneidung des Lig. triangulare und fürchtet mehr die Zerreissung des hinter der Schamfuge belegenen Zellgewebes als eine Schädigung der hinteren Beckengelenke.

Operation 19. Juli 1892, eingetreten 23. Mai. 24jähr. Erstgebärende, Malum Pottii vom 7. bis 13. Lebensjahre Lumbodorsalkypkose, 139 cm hoch. Diam. bitub 93 mm, zwischen spinae 77 mm, coccygo-subpubica 90—110 mm. 19. Juli Zangenversuch, Oedema vulvae; Symphyseotomie, leichte Zange, 2 Zangendruckecchymosen am Schädel; 2 Muttermundseinrisse mit je 2 und 3 Nähten geschlossen, oberflächlicher Dammriss. Leichtes Fieber. Mutter und Kind gerettet (3350 g). 25. August Symphyse noch sehr beweglich.

62. Ribemont: 24. Juli 1892: 30jähr. Viertgebärende, Conj. vera 88, diag. 102; 39 Stunden Geburtsdauer, Infection. Vergebliche Zangenversuche, in der Stadt nach Operation Zangenextraktion. Mutter schon vor Eintritt inficirt, starb an Sepsis, das asph. Kind (3900 g, Diam. bip. 10,4 cm) nicht belebt (Meningealhaemorrhagie). Diastase 2,5, dann 4 cm. Completer Dammriss.

63. Lepage (Pinard's Klinik): 30. Juli 1892: 26jähr. Zweitgebärende „bassin annelé". Conj. diag. 9,7 cm. (Erste Entbindung spontan, reifes, lebendes Kind, 1887.) Schädellage, stehende Blase, voll eröffneter Muttermund. Blasensprengung, Nabelschnurvorliegen, unregelmässige Herztöne, vergebliche Zange (20 Minuten lang Traktion). Schnitt von oben nach unten. Diastase 26 mm. Leichte Zangenextraktion (dabei Diastase bis 5 cm). Asphyktischer Knabe belebt (4000 g, Diam. bip. 9,5 cm). Fieberhaftes Wochenbett, Abscess in der rechten grossen Schamlippe, ohne Communikation mit der Wunde. Prima reunio. Am 30. Tage aufgestanden, geheilt entlassen. Gang frei. Mutter und Kind gerettet.

64. Harajewicz (Krakau): 4. August 1892: 25jähr. Zweitgebärende (1. Entbindung: Kraniotomie) C. v. 95 mm. 8 Stunden Geburtsdauer. Zange nach unvollkommener Durchschneidung vergeblich, nach Schnittergänzung Naht. Mutter gerettet, das asphyktische Kind starb nach 4 Tagen in Folge Zangenapplikation von vollständig durchschnittener Symphyse.

65. Olshausen: 16. August 1892: 24jähr. Erstgebärende, allgemein gleichmässig verengtes Becken, Conj. diag. $10^1/_4$ cm, Conj. externa 18 cm. Wehenbeginn 14. August, 16. August nach vergeblichem Zangenversuch bei hohem Kopfstand und völlig erweitertem Muttermund Symphyseotomie. Vor Durchtrennung des lig. arcuatum inferius klafft die Symphyse nur 2 cm, nach Durchschneidung 6 cm. Die Extraktion mit der Zange erfordert gleichwohl noch grossen Kraftaufwand. Naht der Symphysenstümpfe (Knorpel), aber Fäden hielten nicht gut in der dünnen Knorpelschicht. Haut und Weichtheile mit Catgut genäht. Kind tief asphyktisch starb am 17. August. Mutter hatte 6 eklamptische Anfälle intra partum, Albuminurie. Tod der Mutter am 17. August. Sektion: Kranke Niere — sonst nichts (laut brieflicher Mittheilung).

66. Desiderius v. Velits (Centralbl. f. Gynäkol. 1892. Nr. 40. p. 777—780): 17. August 1892: 21jähr. Drittgebärende, 144 cm hoch.

(Erste Entbindung durch Kraniotomie der lebenden, zweite der todten Frucht beendet.) Conj. vera 7,5 cm. Allgemein verengtes, plattes, rachitisches Becken. Wasserabgang am 17. August 5 Uhr nachmittags. Kopf über dem Eingange beweglich. Kopfgeschwulst und Muttermundslippenödem im Entstehen. Abends Meconiumabgang, drohende Asphyxie. Da weder auf die Zange noch auf Wendung zu rechnen ist, Symphyseotomie. Einige oberhalb der Clitoris durchschnittene Venen umstochen. V. durchtrennte auf Leopold's Rath hin nur die oberen $^3/_4$ der Schamfuge ($1—1^1/_2$ cm Diastase), Breuss'sche Zange, dabei Diastase bis auf 4 cm und Platzen des untersten, vorher nicht durchschnittenen Theiles der Schamfuge mit Geräusch. Mutter und Kind (3200 g, 51 cm. Diam. bip. 9,5 cm) gerettet. Nähte und Verband. Vom 3. Tage an normales Harnen, am 21. Tage fühlt man deutlich Callus an der Schamfuge, die 5 cm dick erscheint und nach vorn prominirt; Hautdruckgangrän in der Trochanterengegend von der Bandage; am 22. Tage aufgestanden, freier Gang. Mit Kind entlassen am 26. Tage. v. Velits verwirft auf Grund seines Falles Leopold's Vorschlag der nicht vollständigen Durchschneidung der Schamfuge, weil Einriss doch erfolgte, bei dem die unterhalb gelegenen Weichtheile leicht gefährdet werden können.

67. Pantaloni (Queirel's Klinik): 30. August 1892: 24jähr. Erstgebärende. Enges Becken. Kind schon abgestorben. Verschiedene Entbindungsversuche in der Stadt. Schulterlage mit vorgefallener Hand, Wendung auf den Fuss und Extraktion. Mutter gerettet, 20. September geheilt entlassen, Gang etwas schwankend.

Symphyseotomie bei abgestorbener Frucht.

68. Toerngren („Zwei Symphyseotomien". Centralbl. f. Gynäkol. 1892. Nr. 49. p. 953): 5. September 1892: 40jähr. Neuntgebärende. (4 Spontanentbindungen, das zweite Kind todt geboren bei 5tägiger Geburt. Das 4. Kind 3100 g. Bei der 5. Entbindung todtgeborenes Kind von 4000 g. 6. Entbindung: Wendung, sehr schwierige Kopfextraktion, vergeblich Zange an den nachfolgenden Kopf, und doch Kind lebend geboren, 3800 g. Das 7. Kind kam spontan, 3300 g. Bei der 8. Entbindung Wendung, todtes Kind, 54 cm lang, Diam. bip. 9,75 cm. Schwierige Extraktion). Jetzt Geburtsbeginn am 3. September 1892, 10 Uhr früh, Wasserabgang tags darauf um 6 Uhr früh, um 9 Uhr früh in die Klinik. Schädellage, Pfeilnaht quer, Kind lebt. Troch. 28,5, Cristae 27, Spin. ant. sup. oss. ilei 21,5 cm (ob die Maasse wohl genau sind bei solchem Unterschiede zwischen Cristal- und Spinalmaass? Ich zweifle — vielleicht ein Druckfehler?). Diam. Baudelocquii 17,5, Conj. diagonalis 10,2, vera 8,2 cm. Am 5. September früh 9 Uhr lässt der Muttermund 4 Finger ein, Kopf über dem Eingang beweglich, harte Kopfknochen, Nähte schmal, Fontanellen klein. Ein grosses Kopfsegment lässt sich oberhalb der Schamfuge abtasten. Da bei den vielen vorausgegangenen Entbindungen bei Wendung nur ein einziges Kind lebend kam, Symphyseotomie. 8 cm langer Schnitt von der Clitoris nach

oben zu bis zum oberen Rand der Schamfuge; blutende Gefässe gefasst. Unter Leitung des in die Scheide eingeführten Zeigefingers Symphyse und Lig. arcuatum von oben nach unten zu mit geknöpftem Bistouri durchtrennt. Diastase von 4—5 cm. Jodoformgaze auf die Wunde. Leichte Extraktion mit Tarnier's Zange. Dann Unterbindung der mit Klemmzangen gefassten Gefässe und Naht der Weichtheile der Wunde mit tiefgreifenden Nähten. Placenta exprimirt, nach Verband Esmarch's Schlauch. Nach der Operation Unruhe, schlechter Puls, am 6. September morgens Collapsus und Tod. Sektion: Cor adiposum, Hypertrophia cordis dextra, Emphysema pulmonum, Bronchitis, Nephritis chronica. Todesursache: Herzlähmung. Das asphyktisch geborene Kind belebt (3400 g, 52 cm, Diam. bip. 9,5 cm) und lebend entlassen. Nach Toerngren's Ansicht ist der Tod nicht der Operation zuzuschreiben, sondern den organischen Fehlern, so dass wahrscheinlich der Tod auf Rechnung der Chloroformnarkose kommt.

69. Varnier (Pinard's Klinik): 13. September 1892: Rachitische Zweitgebärende (erste Entbindung Basiotrypsie am todten Kinde). Conj. diam. 92; ausgetragene Schwangerschaft, Muttermund voll eröffnet. Nach Operation leichte Zangenextraktion. Mutter und Kind (3200 g, Diam. bip. 9,5 cm) gerettet. Prima reunio trotz leichten Fiebers. Am 19. Tage aufgestanden. Während der Extraktion links von der Harnröhre Einriss bis tief in die vordere Scheidenwand mit der Symphysenwunde communicirend. Tamponade.

70. Zweifel („Ueber Symphyseotomie und Symphysenruptur". Centralbl. für Gynäkologie 1892. Nr. 441); 27. September 1892. Zweifel stellte am 17. Oktober 1892 der Leipziger Geburtsh. Gesellschaft eine Wöchnerin 3 Wochen nach vollzogener Symphyseotomie vor. Am 17. Tage konnte die Wöchnerin nur mit Mühe das rechte Bein erheben, am 19. Tage ging sie schon frei umher. Das asphyktisch geborene Kind wurde zwar belebt, starb aber am 4. Tage an Lungenentzündung in Verbindung mit der Dyspnoea ex partu. 37jähr. Achtgebärende (6 mal Wendung, 1 mal Forceps). Nur ein Kind (8monatlich) lebend geboren; die Kreissende wünscht sehnlichst ein lebendes Kind und tritt am 2. Tage nach Geburtsbeginn in die Klinik ein. Rachit. Beckenenge 1. Grades: (Troch. 31, Crist. 28, Spin. 26, Conj. externa 17, diagonalis 10 cm). Lebendes, ausgetragenes Kind. Wasserabfluss vor 36 Stunden, Muttermund fast voll eröffnet, Collum schlaff herabhängend. Kopf über dem Eingange beweglich, Pfeilnaht quer. Die Zange wollte Zweifel, da sie aussichtslos erschien, nicht erst versuchen, ebensowenig angesichts der vorausgegangenen 6 Wendungen die Wendung. Er konnte fast mit Sicherheit angesichts seiner bisherigen Erfolge auf einen glücklich verlaufenden Kaiserschnitt rechnen, entschloss sich jedoch angesichts der günstigen aus Neapel berichteten Resultate zur Symphyseotomie: abends um 5 Uhr am 27. September; gewöhnlicher Tisch, Lagerung an der Kante mit anfangs herab-

hängenden Schenkeln. Hautschnitt von 1 cm oberhalb der Schamfuge bis 1 cm oberhalb des Praeputium clitoridis. Blutung aus einigen Gefässen, Ligatur. Darauf Einschnitte in die Recti abdominis, um Raum zur Einführung des Zeigefingers hinter die Symphyse zu gewinnen, der die Gewebe an der hinteren Wand bis zum Schamwinkelstumpf loslöste, Katheter um die Blase abzudrängen. Unter Schutz des Fingers durchtrennte Zweifel mit geknöpftem Bistouri die Symphyse von oben nach unten zu. Diastase von 1 cm nach Durchschneidung der oberen Hälfte. Gemäss Leopold's Rathschlag legte Zweifel jetzt gleich Tarnier's Zange an, der Extraktionsversuch blieb aber vergeblich, also Durchschneidung auch der unteren Hälfte der Symphyse und des Lig. arcuatum. Vorher war der Kopf trotz der Traktionen oberhalb des Beckeneinganges geblieben. Nach Durchschneidung des Lig. arcuatum unter dem Schutze des hinter die Symphyse eingeführten Zeigefingers, Diastase von 6,5 cm; starke Blutung nach Durchschneidung des Lig. arcuatum für's Erste durch Gazetamponnade gestillt. Die Operation war nach 15 Minuten beendigt, die sehr schwierige Extraktion des Kindes um 5 Uhr 28 Minuten. Zweifel befürchtete bei starken Traktionen ein Einreissen der hinteren Beckengelenke, legte also den von Freund und Müllerheim empfohlenen elastischen Schlauch um das Becken, jedoch ohne Nutzen, da er sich fortwährend nach oben verschob und nur störte, also beschränkte man sich dann durch blossen Händedruck seitens der Assistenten der Sprengung der hinteren Gelenke vorzubeugen. Mit einem gewaltsamen Ruck nach unten überwandt der Kopf die Beckeneingangsstenose. Zangenextraktion in Rückenlage bei Schenkelflexion auf den Bauch, darauf Beine heruntergelassen. Sehr schwierige Blutstillung im unteren Wundwinkel, so dass mehrere Umstechungen blutender Venen nothwendig wurden. Während dieser Manipulation Katheter in der Blase belassen. Ligaturen mit Catgut. Darauf Naht des Schamfugenknorpels mit 4 Silkwormgutnähten und Catgut. Beckenverband. Der nach der Operation blutige Harn am nächsten Morgen klar, normal entleert. Mutter gerettet, Kind (3500 g, 53 cm, Diam. bip. 8,0) starb am 4. Tage an Lungenentzündung.

Sehr interessant sind die von Zweifel an seinen Fall geknüpften Bemerkungen, welche einen Widerruf der früheren Verurtheilung enthalten, insofern Zweifel damals, 1881, nicht blos wegen der bisherigen ungünstigen Resultate die Symphyseotomie gleich den meisten Fachgenossen verwarf — die später an der Hand von Antisepsis und Asepsis zu so ausserordentlich günstigen werden sollten, sondern auch die theoretische Berechnung der der Symphyseotomie zu Grunde liegenden Idee der genügenden Erweiterung der Beckenmaasse nicht anerkannte, indem „diese Idee eine falsche sei!“ „Es muss eine selt-

same Empfindung sein", schreibt Zweifel (l. c. p. 860), „heute wieder vor einer Operation zu stehen, die einst als abgethan galt". „Es wird nicht fehlen, dass frühere Worte der Ablehnung ganz unbegreiflich erscheinen." — Und diese frühere Ablehnung muss in der That heute unbegreiflich erscheinen, soweit sie sich nicht auf die schlechten Ergebnisse quoad vitam von Mutter und Kind bezog, sondern vielmehr auf theoretische Ansichten über die in Frage kommenden mechanischen Verhältnisse. Hier sind eben grosse Fehler gemacht worden, die sich dann forterbten, da niemand mehr der Frage näher trat, dem verlorenen Sohne auch nur die Hand geben wollte. Morisani und seine Landsleute thaten es gleichwohl und brachten den verlorenen Sohn, nunmehr geläutert, geklärt und gesellschaftsfähig stimmberechtigt geworden uns wieder.

Zweifel schreibt nun: „Wenn ich auch nicht so enthusiastisch bin, auf einen befriedigend abgelaufenen Fall in ein uneingeschränktes Lob zur Symphyseotomie zu verfallen, so muss ich doch gestehen, dass der Verlauf der Operation und der Genesung mich ungewöhnlich überrascht und einen unerwartet günstigen Eindruck hinterlassen hat.

Die erste Ueberraschung habe die gute Consolitation, die volle Festigkeit des Beckens, der schmerzlose freie Gang der Frau schon am 19. Tage geliefert, den klinischen Beweis also, dass eine Knorpelwunde so rasch verheilen kann. Die zweite Ueberraschung bestand darin, dass während der Operation „eine so riesige Auseinanderspannung der beiden Ossa pubis möglich ist, ohne dass eine der beiden Symphyses sacroiliacae zersprengt wird". „Ich leugne nicht", heisst es weiter, „dass ich beim Durchlesen von Geburtsberichten Anderer den Verdacht hegte, dass die beschriebene, sehr starke Erweiterung des Beckens gelegentlich durch regelrechte Symphysenruptur, d. h. Zerschneidung des einen und durch Zersprengung des anderen zu Stande gekommen sei." Zweifel befürchtete eine Ruptur der hinteren Beckengelenke, als er die Diastase maass, sie betrug $6^1/_2$ cm. „$6^1/_2$ cm sei jedoch nur ein Schall! und nur die Besichtigung

dieser Spalte vermöge den Eindruck des Ueberraschenden voll zu erklären." Die ganze vordere Scheidenwand trat umgestülpt unten heraus bei den Traktionen. Schon während der ersten Traktionen wollte Zweifel per rectum die Beweglichkeit der Ileosacralgelenke prüfen lassen, aber der Kopf verhinderte dies. Nach der Extraktion „war die grosse Beweglichkeit der Knochen zu fühlen, aber sie lagen und blieben bei den Bewegungen der Ossa pubis dicht an einander". „In diesem Punkte liegt das Ueberraschende der Symphyseotomie, dass sie klinisch eine Beweglichkeit der Hüftkreuzbeingelenke zeigt, die man von vornherein für unmöglich halten sollte, die besonders von den Anatomen und durch Versuche an Leichen als ganz unmöglich hingestellt wurden."

Obwohl die Anatomen schon lange die Synchondrosis sacroiliaca als ein wahres Gelenk erkannt, weil es Synovia enthält (v. Kölliker) und richtige Gelenkknorpelscheiben und Gelenkschliffflächen besitzt (v. Luschka und H. Meyer), schreibt Zweifel, wurde doch diesen Gelenken keine Beweglichkeit zuerkannt. Walcher habe erst auf die Veränderlichkeit der Conjugata bei verschiedener Körperhaltung aufmerksam gemacht, dessen Befunde von G. Klein bestätigt wurden [1]).

„Natürlich mag es erscheinen, dass mit der Feststellung dieser Thatsache alle Gründe gegen die Symphyseotomie zu Grabe getragen und die frühere Opposition nichts als ein Vorurtheil zu sein scheint. Vorurtheile waren unleugbar dabei im Spiel, weil man auf frühere Untersuchungen Anderer vertraute".

Zweifel giebt hier also ganz offenherzig Vorurtheile zu und war einer der Ersten in Deutschland, der mit diesen Vor-

1) Auch französischerseits sind neuerdings Studien über eine von dem Grade der Beckenneigung abhängige Veränderlichkeit der Grösse der Conjugata veröffentlicht worden, sowie diesbezügliche Studien und Experimente in Russland von Balandin, Korsch und 1891 von Fjodoroff in Warschau veröffentlicht worden („Ueber Grössenschwankungen der Beckendurchmesser bei Kreissenden abhängig vom Grade der Beckenneigung". [Russisch.] Journal f. Geburtsh. u. Frauenheilk. 1891. p. 268—279).

urtheilen in's Gericht ging, sie prüfte und über den Haufen warf, während heute noch so und so viele Fachgenossen dabei bleiben: sie wollen nichts von der Symphyseotomie wissen! Der Einzelne wird solche Vorurtheile vielleicht nicht überall besiegen, die Zeit besorgt jedoch diese Aufgabe radikal.

Zweifel erkennt selbstverständlich heute die physiologische Beweglichkeit in den hinteren Beckengelenken auch bei intakter Symphyse an; dass dieselbe nach Durchschneidung der Symphyse zunimmt, hat Ahlfeld experimentell bewiesen.

Ich glaube, ein gut Theil der früheren Vorurtheile mag darin begründet sein, dass man den Faktor der Schwangerschaft zu wenig berücksichtigte, denn es ist und bleibt doch ein grosser Unterschied zwischen dem Ergebniss bezüglich der räumlichen Erweiterung des Beckens durch Diastase der Schambeine und Rotation der Ossa ilei nach Symphyseotomie an der Leiche Schwangerer, resp. sub partu Verstorbener und nicht schwangerer, namentlich älterer Frauen. Dass auch bei nicht schwangeren Frauen und auch bei Männern die Symphyseotomie eine praktisch verwerthbare Diastase der Schambeine liefert, hat in glänzender Weise die erste an einem Manne von Albarran kürzlich vollzogene Symphyseotomie bewiesen, der dieselbe anwandte behufs Exstirpation eines Blasentumors. Die Beschreibung dieser Symphyseotomie, welche mir eine noch weit ausgiebigere Anwendung dieser Operation als in der Geburtshülfe für andere chirurgische Eingriffe an den Beckenorganen beider Geschlechter zu prophezeien scheint, lasse ich am Schlusse meiner Arbeit folgen.

Zweifel fürchtet besonders das Platzen der hinteren Gelenke, das nach seinem Dafürhalten früher öfters beobachtet wurde, mit allen seinen Folgen, Eiterung, Caries etc., und möchte deshalb eine Symphyseotomie nicht riskiren bei Beckenverengerung dritten Grades. Er sagt (l. c. p. 862):

„Die nunmehr festgestellte Veränderlichkeit der Conj. vera ist jedoch keineswegs der Art, dass sie alle früheren Bedenken wie Spreu beseitigte; dafür ist die Veränderlichkeit zu gering, und was davon für die Verlängerung der Conj. vera durch extremes Strecken

der Beine ausgenützt werden kann, beträgt gegenüber der Normalhaltung etwa 3—5 mm.“

„Dies gilt für die Rotation bei intakter geschlossener Symphysis pubis. Dass sie nach Spaltung, bezw. nach Sprengung grösser werden könne, ist schon früher von Ahlfeld vermuthet worden.“

„Es sind von Baudelocque u. A. Versuche an Leichen gemacht worden, um die Vergrösserung der Conj. vera nach Durchschneidung und starker Spreizung direct zu messen. Bei einem Klaffen auf 3 Zoll (= 8,12 cm) wurde eine Erweiterung der Conj. vera um 7 Linien (13 mm) erreicht, in den Versuchen von Giraud bei einem Klaffen auf 4 Zoll (10,82 cm) eine Verlängerung auf 12 Linien (2,6 cm). Wie es mit der Articulatio sacro-iliaca in den zuletzt erwähnten Versuchen aussah, ist nicht ausdrücklich angegeben, obschon dies der Hauptpunkt ist, weil es einzig darauf ankommen kann, welche Verlängerung die Conj. vera bei unversehrtem Hüftkreuzbeingelenke erzielen kann.“

Zweifel schliesst hieran noch einige Bemerkungen über die gewiss öfter, als man vermuthete, d. h. die Diagnose stellte, statthabenden Sprengungen der hinteren Beckengelenke, die sich auch jetzt bald wieder ereignen werden. „Ob sie aber heut zu Tage um der Asepsis willen gnädiger verlaufen werden, ist wohl zu hoffen, aber nicht unbedingt vorherzusagen. Immerhin bringen sie die Reconvalescenten in eine viel bedenklichere Lage, als diejenige nach dem Kaiserschnitt ist, zu einem monatelangen Siechthum und in die höchste Gefahr einer langwierigen Gelenkseiterung; denn zersprengte und gerissene Gelenke sind viel gefährlicher als der durchschnittene Symphysenknorpel und Eiterung in denselben trotz der Asepsis wohl ebensowenig zu vermeiden als bei den Symphysenrupturen.“ Im Anschluss hieran berichtet Zweifel einen eigenen Fall von Vereiterung der Ileosacralgelenke bei sub partu geborstener Schamfuge ohne eine Spur von Fieber im Wochenbett.

Tarnier's Zange bei einer Siebentgebärenden, einfach plattes Becken 1. Grades. Kopf heraus, plötzlich krachte es, als gewaltsam die Schultern mit einem Ruck durchtraten, die

Schamfuge war dabei geplatzt mit fingerbreiter Diastase. 58 cm langes Kind von $11^1/_4$ Pfund, 38 cm Schädelumfang, 45 cm Schultergürtel. Aus der Anamnese ergab sich, dass bereits vor 9 Jahren einmal bei einer schweren Geburt während einer Zangenextraktion die Schamfuge aller Wahrscheinlichkeit nach gesprengt worden war. Die Frau konnte nachher 7 Wochen lang gar nicht gehen, später nur mit Krücken und mit grossen Schmerzen. Hat damals Eiterung bestanden oder nicht, unbekannt. Nach der gegenwärtigen Symphysenruptur (23. Juni 1890) hat die Wöchnerin, wenn auch ohne Fieber, lange gekrankt und konnte nur mit Schwierigkeiten gehen, bis endlich am 9. Januar 1891 nachts, also nach $^1/_2$ Jahre, und am 13. Januar unter Fieberauftreten sich zwei Abscesse rechts und links in der Schamfugengegend entleerten, worauf dann die Frau vollständig genas. Zweifel setzt voraus, diese Frau habe zweimal Beckengelenksrupturen durchgemacht, und zwar jedesmal Ruptur zweier Gelenke.

Zweifel will nun gerade in solchen Fällen auch eine Indikation zur Symphyseotomie sehen, wo es nur darauf ankam, für den Durchtritt der übermässig grossen Schultern Raum zu gewinnen: also um Raum zu gewinnen und um die Mutter vor den Gefahren einer Gelenkruptur zu bewahren.

„Soll und kann man im Vertrauen auf die Antisepsis auch die Gefahr der Sprengung einer Articulatio sacroiliaca mit in Kauf nehmen“, fährt Zweifel fort, „und mit der Symphyseotomie in dieser Hinsicht kühn und rücksichtslos wagen? Ich glaube, dass dies nicht in der Absicht der neuen Lobredner der Symphyseotomie liegt und dass dies eine Klippe bildet, an welcher der Schamfugenschnitt zum 3. Male scheitern könnte, wenn man nicht durch vorsichtige Auswahl bald die Grenze findet, bis zu welcher man unbesorgt die Spreizung der Schossbeine wagen darf“.

Die Kinder werden nach Zweifel bei der Symphyseotomie stets schlechter fahren als beim Kaiserschnitt. Die Blutung in seinem Falle

stammte aus den durch Einreissen verletzten Corpora cavernosa clitoridis. Trotz dessen, dass sub extractione infantis die Scheide sich invertirte, ist jetzt weder ein Vorfall noch eine Neigung dazu da und die Festigung der Scheide eine ganz normale. Endlich glaubt *Zweifel*, für die Nachbehandlung, bei der das Heben bei Harn- und Stuhlentleerung grosse Schmerzen mache, sei wohl eine Krankenschwebe unentbehrlich und ist neuerdings mehrfach thatsächlich die sogen. *Bonnet*'sche Drahthose, Schweberinne, zur Anwendung gekommen. Die Italiener jedoch, welche zur Zeit noch die grösste Erfahrung in der Symphyseotomie hatten, wenden derlei Vorrichtungen nicht an.

Marschner (Centralbl. f. Gynäkol. 1892. Nr. 31. p. 622) beobachtete kürzlich eine Symphysenruptur bei leichter Zange, als die Frau in Narkose aufsprang und sich zur Seite warf. „Das Bild darnach war furchtbar, die Harnröhre am ersten Tage unauffindbar.“ M. legte starke Silberdrahtnähte durch den Knochen, doch riss bei Lösung der Schenkel der eine glatt durch, die zwei anderen rollten sich auf. Eine zweite Naht, theils mit Seide, theils 4fach geflochtenem Silberdraht, hielt dann. Die Frau wurde geheilt und sieht wieder ihrer Niederkunft entgegen, das Gehresultat ist gut, nur auf schlechten Wegen und bei schlechtem Wetter treten von Zeit zu Zeit Neuralgien im Becken und im linken Schenkel auf. Die Drähte lagen fast 1/4 Jahr.“

Hofmokl (Centralbl. f. Gynäkol. 1893. Nr. 15. p. 348) berichtet über eine Erstgebärende, welche entbunden auf eine gynäkologische Abtheilung gebracht wurde nach Symphysenruptur sub extractione. Die Kranke war im 4. Schwangerschaftsmonate vom Tische gestürzt und der sie begleitende Arzt gestand, nur *eine einzige Traktion ausgeführt* zu haben. Ausserdem war die Schleimhaut der Scheide bis zur Urethra eingerissen. Starke Blutung aus der Wunde und Scheide, Symphyse *daumenbreit klaffend*. H. lagerte die Kranke auf dem Rücken und liess 2 von der Achsel bis gegen das gebeugte Kniegelenk reichende Sandsäcke möglichst knapp an die Kranke wälzen. Die Frau genas nach 4 Wochen vollständig. „Es ist bekannt,“ sagt *Hofmokl*, „dass Beckenbrüche, der Schaufel oder der horizontalen Schambeinäste ohne jeden Verband, und zwar durch einfache Lagerung zur Heilung kommen. *Gleichwohl dürfte die Symphysennaht bei künstlich ausgeführter Symphyseotomie viel zur Heilung beitragen*“, denn die erwähnte Kranke äusserte, trotzdem ihre ruhige Lage durch die Sandsäcke gesichert war, bei der Umlagerung grosse Schmerzen. Der Bindenverband habe oft Decubitus im Gefolge, trete keine Eiterung ein, so sei die Naht stets von Vortheil.

Dr. *Oehlschläger* theilte mir am 30. Mai 1893 folgende eigene Beobachtung mit, welche als Beispiel der Naturhülfe den Werth der Operation illustriren soll.

Oehlschläger: Bei Frau K. (Erstgebärende, 20 Jahr alt, von gracilem Körperbau und leichtem Knochengerüst), stellten sich wenige Stun-

den nach Beginn der Wehen am 27. April d. J. abends kurz hinter einander 2 eklamptische Anfälle ein und diese gaben die Indikation zu rascher Beendigung der Geburt. Die Beine waren etwas ödematös geschwollen, im Urin mässiger Eiweissgehalt, das Promontorium mit 2 Fingern leicht zu erreichen; erhebliche rachitische Erscheinungen, in der Jugend liessen sie sich nicht nachweisen, mit einem Jahr hatte die Betreffende angefangen zu gehen. Der noch ziemlich hoch im queren Durchmesser stehende Kopf folgte nur langsam und bei ziemlich kräftigen Traktionen der Zange. Doch will ich gleich hier bemerken, dass ich oft genug viel schwerere Zangengeburten vollendet habe, ohne das im Folgenden zu beschreibende Ereigniss zu beobachten. Als der Kopf anfing, die normale Drehung im kleinen Becken zu machen, da hörte ich plötzlich und ebenso die assistirende Hebamme und die am Kopfende des Lagers stehende Schwester der Kreissenden ein Krachen, das mich sofort einen aussergewöhnlichen Vorgang vermuthen liess. Ich fasste nach der Symphyse und fand an Stelle derselben eine etwa 3 cm breite Einsenkung, zu deren Seiten sich die beiden Bruchenden der Symphyse deutlich dem Gefühle nach erhoben. Die Traktionen der Zange fielen sofort leichter und wirkungsvoller aus und in kurzer Zeit war das 4500 g schwere, lebende Kind geboren. Die eklamptischen Anfälle wiederholten sich nicht. Ich legte sofort am folgenden Tage einen breiten, wohlgepolsterten Ledergurt um die Hüften. Die Symphysengegend war 2 Wochen lang beim Fingerdruck, beim Versuch der Wöchnerin sich zu drehen und beim Heben der Oberschenkel stark schmerzhaft. Es trat übrigens im weiteren Verlauf des Wochenbettes keine Spur von Fieber auf und ich konnte nach 3 Wochen die junge Mutter getrost aufstehen und Gehversuche machen lassen, die ziemliche Sicherheit verriethen. Ich will aber nicht unterlassen, zu bemerken, dass die Symphysenbruchenden noch immer etwa 1 cm auseinander stehen und dass die Weichtheile des Beckens ein strafferes Anziehen des Gurtes gleich nach der Entbindung nicht vertrugen.

Der mitgetheilte Fall verdient immerhin gerade im gegenwärtigen Augenblick, wo Aller Augen auf die Erfolge der Symphyseotomie gerichtet sind, einige Beachtung. Ich will von vornherein bemerken, dass es der erste Fall von spontaner Symphysen-Ruptur ist, den ich in meiner ziemlich umfangreichen geburtshülflichen Thätigkeit beobachtet habe. Auch von meinen hiesigen Collegen konnte ich keinen ähnlichen Fall erfahren. Dabei bin ich mir aber nicht ganz klar darüber, ob mir nicht doch schon in früheren Jahren ein Ereigniss der Art vorgekommen sein sollte. Bei der jetzt brennend gewordenen Frage der Symphyseotomie passt man nur auf derartige Fälle gegenwärtig genauer auf und verfolgt sie aufmerksam in ihrem weiteren Verlauf.

Immerhin wirft mein Fall ein grelles Schlaglicht auf die jetzt von allen Seiten behandelte Frage. Er zeigt: 1) wie der Eintritt der spontanen Ruptur sofort die Traktionen der Zange und damit den Fortgang der Geburt erleichterte; 2) wie schnell und ohne Fieber die subcutane Ruptur zur Hei-

lung gelangte und 3) wie auch die Funktion des Gehens nach schnell geheilter Ruptur nicht im Geringsten beeinträchtigt wurde. Ich würde daher in Zukunft keinen Augenblick anstehen, diesen in meinem Falle von der Natur herbeigeführten, erleichternden Vorgang in Fällen, die sonst zur Perforation des lebenden Kindes oder zum Kaiserschnitt herausfordern würden, durch die Operation der Symphyseotomie künstlich nachzuahmen.

Die Ruptur der Beckengelenke gehört in der geburtshülflichen Kasuistik keineswegs zu den seltensten Befunden, auch ich habe eine Symphysenruptur während einer schwierigen Zangenextraktion bei einer mehrfach mit Kunsthülfe entbundenen Mehrgebärenden in Warschau erlebt. Die Frau genas nach 6wöchentlichem Krankenlager ohne Eiterung vollständig. Diese Beckenringsprengungen durch Keilwirkung der extrahirten Frucht besitzen ihre eigene umfangreiche Litteratur und ist es natürlich, dass dieselbe heute angesichts der vielfachen Anknüpfungspunkte an die Frage der Symphyseotomie ein doppeltes Interesse und eine neue Sichtung verdient. Wir haben hier in Warschau ein solches Becken mit Vereiterung der Symphyse im pathologisch-anatomischen Museum des Herrn Prof. Brodowski, dies ist jedoch ein männliches. Ebenso verdient auch in klinischer Beziehung und was das Studium der anatomischen Verhältnisse der Gelenke anbetrifft, die Pelvis fissa ein erneutes Studium. Ich habe 1887 ein derartiges Becken, dem Moskauer pathologisch-anatomischen Museum des Herrn Prof. Klein angehörig, beschrieben, wo die Diastase der Schambeine — meines Wissens die grösste beobachtete Diastase — 16,5 cm beträgt. (Siehe: Protokolle der Warschauer Aerztlichen Gesellschaft vom 5. April 1887: „Seltener Fall von Spaltbecken“ [Polnisch] — Medycyna 1887. p. 253—254.) Endlich wird auch die Litteratur der Beckenringbrüche, ihrer Heilung u. s. w., der aus dem Bruche resultirenden Schädigung des Gangvermögens u. s. w. einer neuen Durchforschung bedürfen, ich erinnere z. B. an das interessante und merkwürdige Faktum des absolut schmerzfreien und sicheren Ganges der 20jähr. Pächtersfrau, bei der ein Beckenringbruch mit einer Art Pseudarthrose ausheilte und einer solchen Beweglichkeit, dass die bezüglichen Knochenenden beim Gehen alternirend aneinander auf- und abstiegen — und dass die Frau ganz

fix einherging (siehe: F. Neugebauer: „Ein ihrem Ausgange nach einzig dastehende Beobachtung von frakturärer Spaltung des Beckenringes". Centralbl. f. Gynäkol. 1892. Nr. 17).

Es eröffnet sich uns hier ein weites Feld für neue Forschungen, die manches für die Frage der Symphyseotomie Interessante bringen werden. Es scheint mir das Ergebniss namentlich der Kasuistik der Sprengung der Beckengelenke sub partu darauf hinzuweisen, womöglich die Symphyseotomie subcutan auszuführen, die Verletzung auf ein Minimum zu reduciren, welche Idee ja auch schon früher andere Fachgenossen geleitet hat, wie sich aus der Geschichte des Schamfugenschnittes ergiebt. Doch kehren wir zu unserer Kasuistik zurück:

71. Benet („Symphyséotomie". Maternité de Marseille, Service de Queirel. Annales de Gynécologie. Mars 1893. p. 212): 29. September 1892: 34jähr. Fünftgebärende (dreimal schwere Zangengeburten lebender Kinder und einmal Wendung, während derselben Kind abgestorben). Am 28. September 1892 mit Wehen bei 3 cm Dilatation eingetreten. Kopf ballotirt über dem Eingange. Conj. vera $8^1/_2$—9 cm. Durch Zange voraussichtlich „difficile et pénible", für Wendung das Kind zu gross, so Schnitt nach Pinard am 29., da der Kopf trotz voll eröffnetem Muttermund nicht eintrat, Zangenextraktion. Mutter und Kind (4000 g, Diam. bip. 10 cm) gerettet. Grad der Diastase nicht angegeben. Naht und Gypsverband. Am 21. Tage aufgestanden, am 27. Tage geheilt entlassen, jedoch leichte Harnincontinenz in der ersten Zeit.

72. Remy (Nancy): 29. September 1892: 28jähr. Erstgebärende. Enges Becken mit Conj. diag. 85 mm, Schädellage. O. I. D. vergeblicher Zangenversuch nach Collumdilatation mit Tarnier's Ballon; nach Schnitt Diastase 2 Querfinger, Zangenextraktion durch unnachgiebiges Collum. Langsame Convalenz wegen Eiterung der Collumrisse. Das asphyktische Kind (2980 g, Diam. bip. 8,7 cm) belebt, stirbt nach 20 Stunden. Todesursache: Collumresistenz (nach Varnier citirt). Mutter gerettet.

73. Jewett: 30. September 1892. (Erste Symphyseotomie in den Vereinigten Staaten.) (The Brooklyn Med. Journal 1892, November: „A case of symphysiotomy".) 22jähr. Erstgebärende kreisst von 1 Uhr morgens an am 30. September. Quer im Ausgange verengtes Becken, Zangenversuch scheitert. („The biischial diameter measuring about three inches".) Da ein lebendes Kind so nicht zu erwarten, Kraniotomie am lebenden Kinde J. nicht wollte, so gab die Frau die Symphyseotomie zu, die weniger als der Kaiserschnitt Gefahr mit sich bringen sollte. „An incision of about an inch-and-a-quarter in length was carried down to the upper end of the symphysis. A strong probe-pointed bistoury was then passed down

behind the joint, keeping the point pressed strongly against the symphysis. The joint structures were cut through mainly from behind forward, and partly from below upward, the knife being withdrawn as soon as the bones were feet to give way.“ Darauf leichte Entbindung mit Expression des Kopfes durch die in das Rectum eingeführten Finger. Sublimatgefeuchtete Gaze. Die Diastase überschritt nicht 1 Zoll. Seidennähte. Fest angelegte Musselinbinden. Mutter gerettet, das asphyktische Kind belebt, starb nach 24 Stunden in Folge von Hirnschädigung durch den lang andauernden Druck im Becken, „left occipito-anterior position“ mit stark deformirtem Schädel. „A deep sulcus extended from the top of the right auricle to the front of the bregma, corresponding to the position of the right ischio-pubic ramus. The occipital pole beyond this line had been moulded to a long, narrow cylinder. There was also a marked asymmetry of the face“. Diam. bip. 3½ Zoll.

Jewett fügt hinzu, es sei dies die erste Symphyseotomie in Nordamerika, es seien nach Harris im Jahre 1892 allein 22 Fälle operirt, im ganzen 51 in der neueren Aera, und zwar die letzten 33 Fälle nach der Reihe ohne eine der Operirten zu verlieren.

74. Pinard: 1. October 1892: 25jähr. Zweitgebärende, plattes Becken, Conj. diag. 10 cm. (Erste Entbindung 1891: Eklampsie, Zwillinge, lebend an den Füssen extrahirt, 1 Kind starb nach 14 Tagen.) Schädellage. Wehenbeginn 29. September abends 7 Uhr. Am 10. October nach Wasserabfluss schreitet die Eröffnung nicht vor, Kopf nicht engagirt; Champetier's Ballon, dann 2 vergebliche Zangenversuche. Abends 10 Uhr 50 Minuten Symphyseotomie. Diastase sofort 3 cm. Um 11 Uhr 9 Minuten Forceps (4,5 cm Diastase), leichte Extraktion. Mutter und Kind (3220 g, Diam. bip. 9 cm) gerettet. Normales Wochenbett, Prima reunio. Am 19. Tage aufgestanden, freier Gang.

75. Barton Cooke Hirst: 3. October 1892 (The Medical News. Nr. 16. Octobre 1892. p. 432, siehe Referat: Annales de Gynécologie, Décembre 1892. p. 468): 29jähr. Erstgebärende, Conj. vera 7,75 cm. Schädellage, Geburtsbeginn am 10. October, am nächsten Tage Contraktionsring hochstehend, Kopf beweglich geblieben, intakte Eihäute. 1 Stunde nach Beginn der Symphyseotomie leichte Zangenextraktion, man wartete die genügende Muttermundserweiterung ab. Diam. bip. 9 cm. Mutter und Kind gerettet. Galbiati's Falcetta, Naht, Heftpflaster, Binden.

76. Toerngren: 5. October 1892: 36jähr. Zweitgebärende. (Erste Entbindung 1891, reife Frucht, vorzeitiger Wasserabgang; am 27. April in die Klinik in Helsingsfors, am 28. Basiotrypsie wegen allgemein verengten Beckens und Fieber bei abgestorbener Frucht.) Jetzt Wehenbeginn am 4. October 8 Uhr abends, Wasserabgang nach 22 Stunden, am 5. October aufgenommen. Pfeilnaht nahe dem Promontorium, verläuft quer, lebendes Kind, Muttermund 3 Querfinger, Kopfgeschwulst. Rachitisches, allgemein verengtes Becken. Trochanter 30, Crist. 27, Spin. 23, Conj. ext. 16, diago-

nalis 9,5, vera 7,7 cm. Da der Kopf nicht tiefer trat und auf Extraktion eines lebenden Kindes bei diesem Becken nicht zu rechnen, Symphyseotomie ohne das Lig. arcuatum zu durchschneiden. Diastase sofort 2 cm, geringe Blutung, Tamponade. Schwierige Extraktion mit Tarnier's Zange, dabei 6 cm Diastase. Das Lig. arcuatum war durchgerissen, Blutung. Catgutnähte tiefe und oberflächliche, Blutung stand. Gaze, Esmarch's Binde und ausserdem noch eine Binde mit Schnallen. Placenta exprimirt und grosser Tampon in die Scheide, um die vordere Wand an die Symphyse anzudrücken. (War das nöthig, wie lange konnte post partum so ein Gazetampon unbeargwohnt liegen, eventuell wurde er nicht alsbald herausgeschwemmt?) Lebendes Kind 3780 g, Diam. bip. 9,5 cm, 53 cm Länge. Am 4. Tage Esmarch's Binde gelockert. Am 6. Tage stieg die Temperatur auf + 38,0° C. ohne örtliche verdächtige Symptome, weiterhin normales Wochenbett. Die Blutung dürfte aus den Corpora cavernosa clitoridis stammen. Nicht gut, das Lig. arcuatum nicht zu durchschneiden. Mutter und Kind gerettet. [Charpentier (Répertoire Univ. d'Obst. et de Gynécol. 1892. Nr. 2. p. 489) erklärt die Knochennaht und Esmarch'sche Binde für überflüssig, eine gewöhnliche Binde mit Wattepolster darunter genüge.]

77. Pinard: 6. October 1892: 28jähr. Zweitgebärende. Rachitisches Becken. Conj. diag. 10 cm. (Erste Entbindung 1889, Zange, reifes Kind, stirbt am 27. Tage mit noch sichtbaren Zangenspuren an Krämpfen.) Geburtsbeginn 5. October 3 Uhr morgens. Abends 7 Uhr Wasserabfluss. Um Mitternacht Muttermund voll eröffnet. Hohe Zange vergeblich angelegt. Warten bis 10 Uhr früh, + 38,8° C., Symphyseotomie. Diastase sofort 3 cm. Leichte Zangenextraktion (Diastase 5,8 cm). Knabe, 3750 g, scheintodt, belebt, Diam. bip. 8,4 cm. 12 Tage Fieber. Prima reunio. Am 23. Tage aufgestanden. Freier Gang. Mutter und Kind gerettet.

78. Guéniot: 6. October 1892: 34jähr. Erstgebärende. Luxation des linken Schenkels. Ankylose. Sehr enges Becken, Conj. diag. 75 mm. Mutter und Kind gerettet.

130 cm hohe Person, geht nur mit einer Krücke von Kind auf. Der linke Oberschenkel in Abduktionsstellung fixirt, verdeckt theilweise die Vulva. Stark vermehrte Beckenneigung, Promontorium stark vorstehend. Conj. vera nicht mehr als 60—63 mm. Linke Beckenhälfte mehr verengt als die rechte. 6. October 8 Uhr früh Geburtsbeginn, 3 Uhr nachmittags eingetreten, gegen 1 Uhr mittags Blasensprung. Muttermund $6^1/_2$ cm. O. I. G. T. Kopf bleibt über dem Eingang beweglich. Kaiserschnitt oder Symphyseotomie? Guéniot entschloss sich für letzteren, wenn auch mit Besorgniss, der Raumgewinn werde bei einer Conj. vera von 60—63 mm nicht genügen. $5^1/_2$ Uhr abends, nach $9^1/_2$stündiger Geburtsdauer, Operation. Da Blutung die Wunde bespült, so leiten nur das Gefühl und Gehör den Operateur bei Durchschneidung der Symphyse von oben nach unten, vorn nach hinten mit einfachem Bistouri. 6 cm Diastase bei Abduktion

der Schenkel. Zange, Kopf steigt herab, zieht aber das untere Uterinsegment mit herab, da Muttermund noch zu eng. Erst nach 20 Minuten erscheint der Kopf in der Schamspalte. Operation 4 Minuten, Kind schreit gleich. Scheiden- und Uterusspülung, Placenta spontan. Oberflächliche Einrisse der vulvovaginalen Schleimhaut, Damm intakt. Gazetampon in die Scheide. 6 Seidenknopfnähte auf Symphysenwunde, 4 Bindentouren an das Becken, Bonnet's Drahtrinne, Knabe 3100 g, Diam. bip. 9,5 cm. Leichtes Fieber am 7., 8., 9. Tage bis zur 3. Woche. Oedem der rechten Schamlippe, bis zur 3. Woche Oedem des ganzen linken Beines wie bei Phlegmasie, einige Tage Incontinenz und erythematöse Röthung der ganzen Genitocruralgegend (durch Jodoformmissbrauch), Harn- und Stuhlbeschwerden durch zu enges Anziehen der Bauchbinde, Oedem des Beines durch Cirkulationshemmung durch Druck der Drahthose, sowie letztere am 18. Tage fortgelassen, schwand das Oedem, am 20. Tage genesen. Am 40. Tage Conj. diag. 75 mm wie vor der Operation. Symphyse fest, trotzdem kein absolutes Contakt, man fühlt an der Hinterfläche einen vorspringenden Wulst. Symphyse fibrös verheilt. Facialisparalyse des Kindes geschwunden. (Nach Gotchaux citirt.)

79. Schwarz („II Symphyseotomien". Centralbl. f. Gynäkol. 1893. Nr. 5. p. 84—86): 8. October 1892: 22jähr. Drittgebärende (erste Entbindung nach 3tägiger Dauer, Zange, Kind starb dabei ab, fieberhaftes Wochenbett 8 Wochen. Zweite Entbindung: Querlage, Wendung, Extraktion, todtes Kind), 6. October 1892 ausgetragen, Wehenbeginn, 7. October Wasserabfluss, vergeblicher Zangenversuch, dann Wendung und Extraktion, Kopf bleibt stehen. Warten, dann vergeblicher Zangenversuch. Dekapitation innerhalb des Muttermundes, um jetzt die Zange besser anlegen zu können, vergeblich, Uterus schnürt sich um den Kopf tetanusartig zusammen, Blutung aus einer Cervixläsion, Tamponade von Scheide und Muttermund. So blieb die Frau bis 8. October früh, da kam Eklampsie dazu. Der Arzt holte jetzt Dr. Schwarz hinzu. Allgemein verengtes Becken, Conj. ext. 16,8, Conj. diag. 10,5; Körperhöhe 140 cm, Somnolenz, kleiner Puls. Blutig übelriechender Ausfluss, Cervixriss blutet, Uterus tetanisch contrahirt, + 39,0° C. Chloroform. Der Collumriss, 8 cm lang, durch Anschneiden oder Einreissen entstanden. Schwarz abstrahirte wegen möglichen Weiterreissens von jedem Extraktionsversuch, Symphyseotomie: an Tischkante, Füsse herabhängend auf Stühle gesetzt, Esmarch's Binde und Schlauch um die Hüften, Katheter. Dann Schnitt, Diastase sofort 3 cm, später 7 cm. Breuss'sche Zange, leichte Extraktion. Placenta exprimirt, Uterusrisswunde 6 Nähte, Jodoformgazedrain. Schnittflächen der Symphyse mit 4 Nähten, Hautschnitt mit 6 Sublimatseidenfäden. Fester Leinwandgurt um die wattirten Hüften. 8 Tage Dauerkatheter. Kein neuer eklamptischer Anfall während der $^3/_4$stündigen Operation, gute Contraktion. Todtes Kind: 3400 g, Diam. bip. 8 cm. 3 Stunden nach der Operation ein neuer und letzter eklamptischer Anfall. 2 Wochen Fieber. 3 Wochen

lang übelriechender Wochenfluss. 2 Wochen unbewegliche Rückenlage. Albuminurie. Ausschliessliche Milchnahrung. Nach 6 Wochen aufgestanden, Gang beschwerlich, aber von der 9. Woche an frei. Prima reunio. Hüftgurt 4 Wochen. Mutter gerettet, Kind vor der Operation schon todt.

Herrn Dr. Schwarz gratulire ich zu seinem Erfolge, wäre er rechtzeitig zu Hülfe gerufen worden, so hätte eine Symphyseotomie wohl auch das Leben des Kindes erhalten. Wenn die Befürchtung eines Weiterreissens des Collumrisses weitere Extraktionsversuche verbot, so blieb nur die Wahl zwischen Bauchschnitt und Symphyseotomie, welche von den Operationen setzte die Mutter, die bereits inficirt war und fieberte, geringeren Gefahren aus? Schwarz ist der erste, der bei der Indikation der Retention des abgeschnittenen Kopfes operirte. Der Erfolg hat sein Handeln gerechtfertigt.

80. Anna E. Broomall (Philadelphia): 7. October 1892: Leichte Zangenextraktion nach dem Schnitt. Mutter und Kind gerettet. 30jähr. farbige Achtgebärende, Conj. vera 8,25 cm. Allgemein verengtes rachitisches Becken, Hängebauch. (Die erste Geburt leicht, die folgenden immer schwerer, das 7. Kind kam todt.) Geburt am 6. October nachmittags 2 Uhr, vorzeitiger Wasserabfluss bei geschlossenem Muttermunde, Kopf beweglich über dem Eingange, nach 24 Stunden trotz Erweiterung Kopf oben stehend; Fieber. „Fetal heart slowed, sounds muffled. Mother showed signs of exhaustion in increased rapidity of pulse (140) and rise of temperature, frequent vomiting, inertia of uterus set in.“ Galbiati's Falcetta. Sofort Diastase von 4—5 cm, Kopf trat mit einem Male herab. Seidennähte, Heftpflaster und Musselinbinden. Normales Wochenbett. Vor 5 Wochen Gehen nicht erlaubt, volle Consolidation, freier Gang. Diam. bip. 9,5 cm, 2780 g, 45 cm Mädchen.

81. Ribemont: 13. October 1892: 32jähr. Viertgebärende (2mal Frühgeburt im 6. Monat mit todtfauler Frucht, einmal im 8. Monat). Conj. diag. 100 mm. Schädel, vergebliche Zange. Diastase 4,5—4,5 cm. Zange. Mutter und Kind (4000 g, Diam. bip. 9,9 cm) gerettet (nach Varnier's Tabelle).

82. San Gregorio in Mailand: 17. October 1892: 25jähr. Erstgebärende, plattes rachitisches Becken, Conj. diag. 93, vera 75—77 mm. Nach Operation Zange, Mutter und Kind gerettet. (Annali di Ostetritia 1893, Januarheft.)

83. Wallich (Pinard's Klinik): 21. October 1892: Drittgebärende. „Bassin annelé.“ Conj. diag. 10,5 cm. (Erste Entbindung, reifes lebendes Kind spontan 1886; zweite 1889 spontan, Kind sub partu abgestorben.) Schädellage. Geburtsbeginn 19. October 8 Uhr abends; 1 Uhr nachts Blasensprung. Am 20. früh Kopf nicht eingetreten, grosses Kind, Zange riskant, abends um 10 Uhr Kopf noch wie früh stehend, um Mitternacht Operation. Diastase sofort 2,5 cm. Zange gleitet ab, Nabelschnur fällt vor. Neue Zangenapplikation, Kind von 3650 g, (Diastase dabei 4,5 cm),

Knabe scheintodt extrahirt, Kind belebt. Diam. bip. 9,5 cm. Mutter und Kind gerettet. Fieberhaftes Wochenbett, Prima reunio. Am 19. Tage aufgestanden, freier Gang. Am 27. Tage plötzlich Fieber und Phlegmasia alba dolens am linken Bein, im December 1892 noch in Behandlung.

84. Porak (dritte Operation Porak's): 21. October 1892: 41jähr. Viertgebärende, (vorher 3 lebende ausgetragene Kinder, 2 spontan, 1 an den Füssen extrahirt). Nach 10jähriger Pause 4. Schwangerschaft: ausgetragen. Geburtsbeginn 18. October früh 10 Uhr, nach 24 Stunden Wasserabgang, nach abermals 24 Stunden volle Eröffnung. In der Stadt 3 vergebliche Zangenversuche, trat ein mit 39° C. Enges Becken, Conj. diag. 9,7 cm. Schädellage. O. I. D. P. Der klinische Assistent Bernheim legt noch 3mal die Zange im geraden Durchmesser des Beckens an und zieht stark, vergeblich. Am 20. Oktober nachmittags 4 Uhr Porak geholt, der persönlich eine 7. Zangenapplikation macht, die vierte im antero-posterioren Durchmesser. Auf die neuesten Untersuchungen von Tarnier und Tissier gestützt, in Démelins' Handb. d. geburtsh. Anatomie geschildert, liess Porak die Beine strecken in der Hoffnung, dadurch eine Drehung des Kreuzbeins und Retropulsion des Promontorium um einige Millimeter zu erzielen, aber vergeblich. Kind lebt. Also Symphyseotomie bei gestreckten aneinander liegenden Schenkeln. Durchschneidung der Symphyse mit Knopfbistouri von oben nach unten und von hinten nach vorn zu einschliesslich des Lig. arcuatum. Diastase 1 cm. Darauf Querbett, Schenkel gebeugt und die Hüftbeine zusammengehalten. Leichte Zangenextraktion (4 cm Diastase im Maximum). Das asphyktische Kind nicht belebt. (3350 g, Diam. bip. 8,8, Länge 51 cm.) Placenta geholt. Vaginalinjektion. Naht, Beckenbinde. Bald nach der Operation Meteorismus + 38,2° C., Puls 116. Opium, Eisblase, Sect. Am 22. October Meteorismus noch grösser. Kein Erbrechen, aber Dyspnoe, Schweisse, Delirien. + 37,4° C., Puls 140, abends 6 Uhr Tod fast plötzlich. — Conj. vera 7,5 cm, Diam. transversa 13,2, obliquae 11,5 cm, Troch. 30, Crist 25,5, Spin. 23,5 cm. Diam. coccygo-sub-pubica 10,5, bi-ischiadica 12. Keine Verletzung der Blase oder Harnröhre, Wunde sieht gut aus. Trübe, röthliche Flüssigkeit in der Bauchhöhle, keine Röthung des Bauchfells ausser in der Douglas'schen Tasche, hier Pseudomembranen, ecchymotische Flecke an der Rückenwand des Uterus, in der mittleren Höhe daselbst am Collum ein 2 cm breiter Defekt am Bauchfell. Trichterförmige Perforation der hinteren Cervicalwand mit nur einige Millimeter breiter Oeffnung in das Collum. Da zu Lebzeiten diese Perforation, bei der Zangenapplikation im antero-posterioren Durchmesser entstanden, unerkannt blieb, vaginale Injektion, die wahrscheinlich das verhängnissvolle Ende herbeiführte.

In der Diskussion tritt Pajot gegen ein solches Vorgehen auf und verwirft absolut eine 7malige Zangenapplikation, es hätte keinen Sinn hier

auf ein lebendes Kind zu rechnen und selbst ein dann noch lebend geborenes werde 24 Stunden nicht überleben. „Après deux ou trois tentatives infructueuses de forceps, disait Paul Dubois, l'enfant n'existe plus, alors même que le coeur battrait encore;“ Pajot hätte also nach dem 2. oder 3. Zangenversuch perforirt, denn hier konnte auch eine Symphyseotomie das Kind nicht mehr retten. Charpentier meint, bei dem Allgemeinbefinden der Frau (+ 39° C.), nach den vielen Zangenversuchen und vielfachen tiefen Verletzungen sei hier die Symphyseotomie nicht mehr am Platze gewesen. Guéniot schreibt den Tod durchaus nicht der Symphyseotomie, sondern den vorausgegangenen ernsten Verletzungen der Geburtswege zu, ganz mit Recht. Pajot will durchaus der Symphyseotomie einen Denkzettel geben, denn die Cervixperforation musste nicht unbedingt tödtlich sein. Pajot beruft sich auf P. Dubois „qui l'a déjà dit, il y a 40 ans: c'est en voulant sauver les deux individus qu'on les perd tous les deux“ und hält die Symphyseotomie für unnütz.

85. Rubeška: 21. October 1892: (Časopis Lékařů českých. 1893. Čislo 1—3: „O symphyseotomii“): 43jähr. Erstgebärende, allgemein verengtes plattes Becken, rachitische Frau, 125 cm hoch. 28—26,5—26,5—15 cm. Conj. diag. 9,5 cm, vera 7,5 cm. Wehenbeginn 18. October früh 4 Uhr, 56 Stunden später Wasserabfluss, dann in die Klinik in Prag, Muttermund lässt einen Finger ein, Kopf über dem Eingange beweglich. Nach 3tägiger Geburtsdauer Kopf noch beweglich über dem Eingange, Rigiditas colli; es war sicher, dass bei weiterem Zuwarten nichts herauskommen werde als das Absterben der Frucht, Perforation und eine bei 1 Kreuzer weitem Muttermund sehr schwere Extraktion. Also Symphyseotomie am 21. October früh 9 Uhr: Unterbindung einiger Venen nach dem Hautschnitt; sofortige Diastase 1 cm; starke Blutung aus einem verletzten corpus cavernosum clitoridis, Jodoformgazetampon. Dann tiefe Cervixeinschnitte bis an die Insertion der Scheidengewölbe. Leichte Extraktion mit Tarnier's Zange, 6 cm Diastase, 2 Assistenten übten den Hüftendruck aus. Als der Kopf in der Beckenhöhle angelangt war, statt Tarnier's jetzt Simpson's Zange. Mutter und Kind (Mädchen 3000 g, 48 cm, Diam. bip. 9 cm) gerettet. Placenta nach 10 Minuten exprimirt, die 4 Cervixincisionen mit Catgut vernäht, Catgutnaht des Periostes, theilweise des Knorpels und der Hautwunde. Etagennähte; bis 6. Tag Katheter, trüber Harn, vom 7. an spontan entleert. Fieber bis zum 8. Tage. Prima reunio. Symphyse $3^1/_2$ cm dick, 6 cm hoch (mit Skutsch's Zirkel gemessen). Per rectum fühlt man die Ileosacralfugen normal. Am 20. Tage aufgestanden, geht frei vom 24. Tage an; Kind in die Findelanstalt abgegeben.

86. Michael: („Symphysiotomy. A successful case. A suggestion“: The American Journal of Obstetrics etc. February, 1893, pp. 183—191): 25. October 1892. Michael in Baltimore operirte im Free Lying-in-Hospital of the University of Maryland. 17jähr. rachitische Negerin, Erstgebärende, 4′ 6″ hoch, Troch. $9^1/_2$, Crist. $7^3/_4$, Spin. $8^1/_4$ Zoll. Conj. ext.

6, Conj. diag. 2$^3/_4$ Zoll. Geburtsbeginn am 24. October früh, am Abend vorher Wasserabgang, 2 Finger weiter Muttermund, Kopf trat nicht ein. Abwarten bis der Muttermund weit genug. Am nächsten Morgen 25. October früh 9$^1/_2$ Uhr Operation bei 4 Finger weitem Muttermund. „I then incised the soft tissues down the symphysis, and separated the attachments of the recti for half an inch on cach side. Passing my finger down behind the symphysis until I projected below, I (Michael besass nicht Galbiati's Sichel) tried to follow it with a large curved, grooved director. The projecting belly prevented this. I then incised the soft parts from the outside below, down to my finger tips, and tried to pass the director from below upward, but without success. Finally, using the director as a guide for the lower part of the symphysis and my finger for the upper, I passed an ordinary curved, probe-pointed bistoury behind the joint and severed the cartilage." Diastase sofort $^1/_2$—$^3/_4$ Zoll. Dann Simpson's Zange (Modifikation der Tarnier'schen Achsenzugzange), langsame und vorsichtige Extraktion wegen nicht voll eröffneten Muttermundes. Leichte Extraktion. „I was amared at the pubic separation." Diastase auf der Höhe der Traktionen 2 Zoll. Trotz aller Vorsicht mehrfache Verletzungen von Cervix, Scheide und Damm. Mutter und Kind gerettet. Verletzungen mit Catgut vernäht bis auf eine Wunde der vorderen Scheidewand, die mit der Operationswunde in Verbindung stand, „which was so close to the urethra that is was deemed wise to leave it". Symphyse mit Catgut genäht, sodass die tieferen Nähte die oberen und vorderen Bandmassen an der Symphyse mit fassten. Prima reunio. (Aristolpulver, Jodoformgaze, Heftpflasterstreifen und fester Verband.) Wochenbett normal bis auf leichte Fieberbewegungen am 2. Tage. Wenig Klagen über Schmerz in der Symphyse, keine über die hinteren Gelenke, dagegen Schmerzen im rechten Knie wahrscheinlich von der Lagerung während der Operation. Stuhl am 4. Tage nach Clysma. Am 9. Tage im Bett, am 11. auf einem Stuhle sitzend, geht am 12. Tage einher frei und sicher. Alles gut bis auf die langsame Verheilung der Wunde an der vorderen Scheidenwand. Das Kind starb am 3. Tage in Folge der sub partu erlittenen Schädelcompression, wahrscheinlich wäre die zu vermeiden gewesen, wenn man die Operation nicht vom 20. October abends auf den 21. October früh verschoben hätte. Meningealblutung mit oberflächlichen Extravasaten. „There was a clot at the base of the skull and extravasation in the spinal canal in the dorsal region." Hämorrhagischer Infarct in den Lungen.

Michael hält nach seiner Erfahrung das Galbiati'sche Sichelmesser für eine ganz wesentliche Hülfe und meint, man lerne erst dann es nach seinem Werth zu schätzen, wenn man einmal ohne dasselbe operirt hat.

Michael hält das Wiederauferstehen der Symphyseotomie für den grössten Fortschritt der neuesten Geburtshülfe und will dann als Indikation u. a. auch die Gesichtslage mit nach hinten gerichtetem Kinn aufstellen. Gelingt eine Drehung des Kinnes nach vorn nicht, so machen Penrose und Andere die Kraniotomie. Ist die Lage fixirt, so hat das Zuwarten keinen Sinn, dann, also bei Einkeilung des Gesichts mit nach hinten gerichtetem Kinn, will Michael die Symphyseotomie, die der einzige Weg ist auch das Kind zu retten, falls man nicht zum Bauchschnitt greifen will. Nach der Symphyseotomie, meint er, werde Raum genug da sein, die Drehung des Kinns nach vorn zu bewerkstelligen: „you can gat enough room to rotate the occipitomental diameter and produce flexion of the head, and with such flexion you bring the occiput down to the pubic arch, an at that point, of course, the direction of the mothers force is changed and you have a delivery of the occiput in the ordinary way“.

Michael vollzog das nöthige Leichenexperiment: die Zange scheiterte, nach der Symphyseotomie bei Diastase von $1^1/_2$ Zoll ging durch Druck auf das Hinterhaupt von oben herab leicht der Kopf ins Becken hinein, es gelang, das Kinn auf dem Rumpfe zu drehen, das Hinterhaupt unter den Schambogen zu bringen. Michael will also auch dann zur Symphyseotomie greifen, wo bei sonst normalen Verhältnissen die Zangenextraktion sehr schwer ist.

Michael erwähnt erst 4 Operationen in den Vereinigten Staaten und meint, die beiden Kinder in seinem und Jewett's Fall wären nicht hinterher gestorben, wenn man früher operirt hätte. Die Gewalt, die dem Kinde nach der Symphyseotomie angethan wird, sei doch nicht zu vergleichen mit der einer gewöhnlichen Zange, weil der Widerstand aufgehoben sei [nicht in allen Fällen, wie unsere Kasuistik zeigt].

Nach Michael haben später in Amerika noch Springle in Montreal (Montreal Med. Journ. January 1893) (mit Rettung des Kindes), Garrigues in New-York (nicht veröffentlicht) operirt und soll noch eine tödtlich verlaufende Operation (nicht veröffentlicht) in New-York gemacht sein. (Siehe später.)

87. Queirel: (Annales de Gynécologie 1893. Mars. p. 213): 27. October 1892 : 29jähr. Erstgebärende am normalen Schwangerschaftsende. Geburtsbeginn am 25. October früh 10 Uhr. Conj. ext. 18 cm, leicht schiefstehendes asymmetrisches Becken. Conj. vera nicht über 8 cm. Am 26. October abends 10 Uhr volle Eröffnung, um Mitternacht Blasensprengung und Zangenversuch, nach 2 Stunden zweiter vergeblicher Zangenversuch. 27. October früh legte Queirel persönlich vergeblich 3mal die Zange an. Operation nach Pinard, Symphyse nicht getroffen, da sie nicht in der Mittellinie lag, sondern 2 cm nach links abgewichen war; endlich doch getroffen, sofort Diastase; bei gebeugten und abducirten Schenkeln 5—6 cm. Leichte Zangenextraktion jetzt. 3300 g. Diam. bip. 10 cm. 3 Tage Katheter liegend. 17. November Naht entfernt. 18. Tag aufgestanden, freier Gang. Mutter und Kind gerettet.

88. Queirel: 3. November 1892: 42jähr. Fünftgebärende. (2mal spontan geboren, 1mal Decapitation, 1mal Kraniotomie bei Gesichtslage und Embryotomie.) Albuminurie jetzt bei todtem Kinde, rechte Schulter liegt vor. Oedema vulvae, Uterus stark retrahirt, Vorfall der Hand. Die Hebamme Moulin holt einen Fuss herab, der Fuss droht aber abzureissen. Symphyseotomie, Diastase 6 cm, dann Wendung durch Frau Moulin und Placentalösung. Naht mit Catgut und Fil de Florence, Verweilkatheter 2 Tage. Normales Wochenbett bis auf einen Stichkanalabscess. 24. November aufgestanden. Kind 4500 g. Symphyseotomie bei todtem Kinde, Mutter gerettet. (Nach Gotchaux l. c. p. 216.)

89. Beugnies (Givet): 6. November 1892: 22jähr. Erstgebärende seit 48 Stunden in der Geburt. Nabelschnurvorfall, Tod des Kindes seit 24 Stunden. O. I. G. A. Schädellage. Conj. diag. 70 mm. 133 cm hohe Frau, Conj. ext. nicht mehr als 15—16 cm. Dist. sp. ant. sup. ilei 22 cm. Die Person sieht aus wie ein Mädchen von 13—14 Jahren. Vergebliche Zangenversuche, Perforation, vergebliche Extraktionsversuche. Zange bleibt in situ, Symphyseotomie. Starke Blutung bei Durchschneidung des Lig. arcuatum. Extraktion vollendet. 4250 g. Sehr starke innere Blutung, so dass Aorta-Compression nothwendig. Nach Entbindung fieberlos, aber Puls 135—140. Epikotomieeinschnitte vernäht. Am 7. und 8. November Fieber. Prima reunio, Genitalschlauch 2mal täglich ausgespült. Am 9. November Fieber und grauweisser „diphtheritischer Belag“, stellenweise in der Scheide. „Nous sommes en face d'une gangrène blanche ou lymphangitique qui ne disparaîtra plus jusqu' à la mort de la malade.“ Oedema am Schambogen. 40,5, am 13. und 14. November Pneumonie linkerseits. Nach Entfernung der Nähte klafft die Symphysenwunde mit grauweissem Belage. „Peu de pus dans le ventre dont le péritoine est recouvert d'un tapis grisâtre. L'ouverture a une odeur gangréneuse et permet de voir que la suture articulaire n'a pas tenu.“ 15. November Fröste. Zustand ziemlich der gleiche bis am 20. November 4 Uhr

nachmittags. Tod bei Morgentemperatur von 37,0° C., der Belag stiess sich theilweise schon ab von den Wänden, Puls erbärmlich immerfort. Allgemein verengtes Becken, de facto maass die Conj. diag. nicht 70, sondern nur 64 mm.

Symphyseotomie bei todtem Kinde, Mutter starb an Sepsis am 14. Tage. (Citirt nach Gotchaux l. c. p. 220.)

Schauta (Medicin. Post. Wien 1. Januar 1893 und: Sitzungs-Berichte der Geburtshülfl. Gynäkolog. Gesellschaft in Wien. 1893. Nr. 1) trat an ein erneutes Studium der Frage der Symphyseotomie heran nach den ermuthigenden Resultaten der Statistik Caruso's und nahm zunächst Leichenexperimente vor. Bei Diastase von 5 cm am normalen Becken mit Spaltung betrug der Zuwachs der einzelnen Durchmesser:

Conj. vera 1, Trans. maj. 2,1, Trans. ant. 2,8 cm für den geraden Durchmesser des Ausganges 0,3, für den queren 3,5 cm, den geringsten Zuwachs hatte der gerade Ausgangsdurchmesser erfahren, einen recht viel grösseren die Conj. vera (?), die queren bedeutend. Schauta betont besonders die Drehung des Kreuzbeines mit Basis nach hinten, Steissbein nach vorn, daher der gerade Durchmesser im Ausgang weniger erweitert wird als die Conj. vera. Ich erinnere an das nach Vorn- und Oben-Treten der Schamfugenenden nach Symphyseotomie, ähnlich wie ich es ausnahmslos bei angeborenem Beckenspalt beobachtet habe; es findet nach Symphyseotomie wohl nicht nur eine Drehung des Kreuzbeins um seine Frontalachse und eine entsprechende Drehung der Hüftbeine um eine frontale und um die sagittale Achse statt, sondern wahrscheinlich zugleich auch eine Drehung des ganzen Beckens um seine frontale biiliacale Achse mit Verringerung der Beckenneigung, die negativ wird. Schauta nun auf seinen eigenen Experimenten fussend, entschloss sich am 13. November 1892 zu dem ersten Versuch an der Lebenden und hat seither 10 Operationen in seiner Klinik aufzuweisen, von denen er sehr befriedigt ist. Wie würde es mit der Gehfähigkeit stehen?

90. 34jähr. Erstgebärende, Conj. vera 7,1 cm. Allgemein verengtes platt rachitisches Becken. Blase gesprungen bei Aufnahme, Muttermund 4 Finger, beginnende Collumdehnung, kleines Schädelsegment im Eingange, kleine Fontanelle tief. Kopf noch nicht für Zange gestellt. Schauta

trat zwischen die an der Tischkante herabgehängten Beine der Kreissenden. Nach Hautschnitt und stumpfer Ablösung von Blase und Harnröhre, Schnitt mit krummem geknöpften Messer von oben hinten nach unten vorn inclus. lig. arcuatum. Diastase 2 cm. Tampon beherrscht venöse Blutung aus dem Schwellkörper der Clitoris. Mit einer einzigen Zangenextraktion lebendes Kind (2570 g, 48 cm). Propter restitutionem ad integrum Naht der Symphyse, Blutung stand spontan.

Mutter und Kind gerettet. Naht nicht ganz gelungen, weil zu nahe am Knorpel gelegen, schnitt sie durch, daher Klaffen der Symphyse auf 1 cm, Ausheilung unter Fistelbildung. Dieses Klaffen ist per vaginam später noch deutlich zu fühlen. „Drückt man das Becken zusammen, so bemerkt man ferner noch eine gewisse Federung, wobei sich die Weichtheile deutlich verschieben." Deshalb legte Schauta in seinem zweiten Falle die Naht weiter nach unten an. (Protokolle der Wiener geburts-hülfl.-gynäkolog. Gesellschaft vom 10. Januar 1893, p. 3—4). Es folgte eine Discussion, die hier in extenso wiedergegeben sei: „Koffer zeigt den Durchschnitt eines Beckens, bei dem die Symphysenenden 7 cm weit von einander gezogen sind, die Ileosacralgelenke angebohrt und mit einer Masse injicirt. Durchschnitt in Beckeneingangshöhe. Promontorium ist nach rückwärts getreten und Synchondrosis sacroiliaca auseinandergewichen. Nach Koffer's Ansicht kommt das daher, dass das Lig. anticum nicht vom Sacrum abgelöst wird, sondern vom Os ilei, so dass die Basis des Kreuzbeines nach vorn tritt. Wenn nach der Annahme Schauta's eine Drehung des Kreuzbeines derart eintreten würde, dass die Basis desselben nach hinten tritt, müsste eine Verengerung des Beckenausganges eintreten, indem der gerade Durchmesser des Ausganges kleiner wird.

Die Angabe, die Symphysenenden mit Metalldraht zu vereinigen, sei zum ersten Male von Turretta in Messina ausgegangen, ohne Anklang zu finden. Bringt man die Beine der Leiche nach Symphyseotomie in Parallelstellung, so machen sich Contakt und Adaptation spielend von selbst. Koffer giebt hier an, die deutschen Gynäkologen nähen nicht die Symphyse, auch Zweifel beschränke sich auf Immobilisirungsbeckengürtel, der Silberdraht verlängere nur die Operation. Diese Angabe Koffer's war richtig, ist es aber nicht mehr für die Gegenwart, denn Zweifel hat bei seinen letzten 10 Operationen die Symphyse, 3mal mit Silber, später mit Catgut genäht.

Herzfeld erwidert Koffer, dass ein horizontaler Beckeneingangsdurchschnitt nicht das Promontorium treffe. Es finde eine Kreuzbeindrehung um eine Achse statt, die durch beide Facies auriculares geht. Es sei unrichtig zu schliessen, dass der gerade Durchmesser des Ausganges kleiner werde, nein, er werde auch grösser, nur weniger vergrössert als der gerade des Beckeneinganges. Bei Aneinanderbringen der Symphysenenden treten die Spinae oss. ischii nach vorn, wobei ein Zug am unteren Kreuzbeinende durch die Ligam. sacrospinosa zu Stande kommt. Die mächtigen

Bandmassen, welche von den Spinae post. sup. ziehen, werden erschlafft und erleichtern die Drehung des Kreuzbeines. In demselben Moment, wo dasselbe die Drehung vollzieht und das Kreuzbein ausweicht, nähert sich der geburtshülfliche quere Durchmesser immer mehr dem anatomischen. Dadurch wird die beim platten Becken tiefe Beckenbucht mit zum Geburtsmechanismus benutzt."

Schauta perforirte mit dem Drillbohrer jede Symphysenhälfte, zog einen Silberdraht durch, indem er den Draht durch ein Oehr an der Spitze des Bohrers einfädelte und so die beiden Drahtenden von hinten nach vorn durchzog. Mit grosser Kraftanstrengung nur konnten die beiden Assistenten die Symphysenflächen zum Contakt bringen durch seitliche Compression. Draht zugedreht und Wunde bis auf je eine Oeffnung oben und unten geschlossen, die drainirt wurde. Dann Fixationsverband. Am 2. Tage + 38,0° C., dann normal. Am 1. Tage nur Katheter nöthig. Am 6. Tage der Fixationsverband abgenommen, am 15. Tage aufgestanden, freier Gang. Mutter und Kind gerettet. Die Naht war nicht vollständig gelungen, zu nahe am Symphysenrande angelegt schnitt sie durch, wodurch ein Klaffen der Symphyse auf 1 cm zu Stande kam. „Drückt man das Becken zusammen, so bemerkt man ferner noch eine geringe Federung, wobei sich die Weichtheile deutlich verschieben." Dieser kleine Misserfolg brachte Schauta zur Ueberzeugung, dass die Naht durchaus nicht überflüssig sei.

91. Zweifel: 13. November 1892. Auguste Otto, 27jähr. Zweitgebärende (erste Entbindung durch Perforation). Conj. vera 70 mm. Nach 20stündiger Geburtsdauer Symphyseotomie. I. Schädellage. Zangenextraktion am hochstehenden Kopfe, später Naegele's Zange. Mutter und Kind (3200 g, 50 cm, Diam. bip. 9 cm) gerettet.

92. Potocki (Pinard's Klinik): 13. November 1892: 38jähr. Zweitgebärende, rachitisches allgemein verengtes Becken. Conj. diag. 97 mm (einmal Kephalotrypsie). Steisslage, äussere Wendung auf den Kopf. O. L. D. T. Diastase sofort 3 cm. Operation bei voll eröffnetem Muttermund. Zange (dabei Diastase 5—7 cm), Kind (3300 g, Diam. bip.

9,5 cm), scheintodt, belebt, stirbt am 14. November. „Prise irrégulière, oblique; frontal antérieur présentant une dépression profonde produite par la cuillier antérieure, dépression qui disparût dans la soirée en même temps qu'apparaissent des mouvements convulsifs de la moitié gauche de la face." 5 Tage Fieber, prima reunio. Mutter gerettet. 22. Tag aufgestanden.

93. Bouffe (Ribemont's Klinik): 16. November 1892: 24jähr. Zweitgebärende (erste Entbindung Basiotrypsie). Schräg verengtes Becken. O. I. G. T. Diastase 2,3—7,5 cm. Nach Operation 5 vergebliche Zangenversuche, dann Basiotrypsie! Das enthirnte Kind wog 2600 g. Mutter gerettet. Symphyseotomie von Bouffe, Basiotrypsie von Lepage ausgeführt (cit. nach Varnier's Tabelle).

94. W. J. Smyly: 23. November 1892 („A case of symphysiotomy". The British Med. Journ. 29. April 1893, p. 885) beschreibt seine Operation und sagt in der Einleitung bezüglich der einzigen Symphyseotomie in England im vorigen Jahrhundert, 1782 von Welchman in Knighton ausgeführt, derselbe habe die Symphyseotomie ausgeführt, um die Kreissende von einem todtfaulen Kinde zu entbinden — also Schamfugenschnitt bei todtem Kinde, — und wenn auch der Tod der Mutter nicht im Zusammenhange mit der Operation gestanden habe, so habe doch immerhin dieser Fall Andere vom Operiren abgeschreckt. Smyly's eigene Beobachtung ist folgende: 43jähr. mittelhohe Zehntgebärende ohne sichtbare Zeichen von Deformität, seit 8 Jahren mit Rheumatismus belastet, endlich ganz bettlägerig. 8 Entbindungen glatt, spontan, die 9. schwerer protrahirt. Nach vergeblichen Zangenversuchen brachte sie der Hausarzt in das Rotunda-Hospital, wo man ein todtes Kind extrahirte. Am 19. November 1892 10. Entbindung: Hängebauch, Rectaldiastase, Uterus links überhängend, Schieflage, Kopf des Kindes auf der rechten Fossa iliaca, Eihäute erhalten bei markstückweitem Muttermund. Conj. vera mit Skutsch's Pelvimeter gemessen 75 mm, Promontorium leicht zu erreichen. Verbesserung der Lage des Kindes, Lagerung der Frau auf der rechten Seite. Wehen trotz heisser Douchen kurz und wirkungslos. 21. November Blasensprung, wenig Fortschritte. Morphium, Schlaf. In den nächsten 2 Tagen schwache Wehen, Kopf tritt nicht ein. Am 23. November abends, am 5. Tage der Geburtsarbeit, fiel die Nabelschnur vor, Meconiumabgang. Contraktionsring handbreit über der Symphyse, Wendung nicht ausführbar, Kopf beweglich über dem Eingange bei querstehender Pfeilnaht. Vergebliche Zange, also Symphyseotomie in Steinschnittlage. Kaum hatte das Messer zum Knorpelschnitt angesetzt, so sprangen die Knochen auseinander „tearing the soft pents beneath, including the urethra". — Weichtheilriss. — Jetzt leichte Expression des Kindes durch einen Assistenten, asphyktisch aber rasch belebt. 3750 g und 20 Zoll Länge. Erträgliche Blutung aus dem Weichtheilriss, einige Gefässunterbindungen. Catgutnaht der urethra, einige Seidennähte des Knorpelschnittes der Hautwunde, einige Bindentouren. In der Convalescenz „formation of a bedsore (?)" sonst

aber glatte Genesung. Urethra heilte nicht ganz und die Incontinenz später durch eine Nachoperation behoben.

95. Leopold: 24. November 1892: Ida L., 22jähr. Erstgebärende, rachitisch. Conj. diag. 100, vera 80 mm. 21. November 3 Uhr nachmittags eingetreten mit Wehen seit 6 Stunden. Kopf beweglich über dem Eingange. Kolpeurynther in die Scheide herausgepresst, Wasserabfluss. Kopf bleibt beweglich bei engem Muttermund. Wieder Kolpeurynther. 24. November früh Zustand derselbe, 3 Tage Geburtsdauer. Gegen Zange spricht der Kopfstand, gegen die Wendung der enge Muttermund und Wasserabfluss. Aethernarkose. Symphyse muss in ihrer ganzen Länge durchtrennt werden, ehe die Knochen auseinanderweichen, 3 cm Diastase. Kopf lässt sich jetzt einpressen. Wegen Meconiumabgang jetzt gleich Collumdiscisionen und Zange. Diastase 5,5 cm. Lebendes Kind. Starke Blutung aus dem Bulbus clitoridis wie im ersten Falle Leopold's. Während der Zangenextraktion Beine gestreckt gehalten mit Druck auf die Trochanteren. Vernähung der Collumeinschnitte und eines Scheideneinschnittes. Mutter und Kind (3240 g, Diam. bip. 9,5 cm) gerettet. Druckmarke auf dem rechten Scheitelbein des Kindes. Oedem der Labia in den ersten Tagen in Folge Weichtheilverletzungen. Am 6., 10., 11. Tage Nähte entfernt. 3 Tage lang Harnträufeln. Etwas Fieber am 18. und 22. Tage. 27. Tag aufgestanden, 33. Tag guter Gang, 41. Tag entlassen. Symphyse fest verwachsen. (Siehe Wehle: Litt. Verzeichniss.)

96. Fehling: 25. November 1892: 21jähr. Erstgebärende. Einfaches plattes Becken, Conj. vera auf 10,5—11 cm geschätzt. 24. November 7 Uhr abends Wehenbeginn, 25. November 3 Uhr p. m. Blasensprung. Gesichtslage mit Kinn nach hinten. Abends 7 Uhr bei querverlaufender Gesichtslinie ein schonender Versuch mit Tarnier's Zange von einem Collegen in der Stadt erfolglos. In's Spital, wegen Erschöpfung der Mutter und starker Wehenschwäche, statt Perforation am lebenden Kinde Symphyseotomie. Symphyse durchtrennt ohne Durchtrennung des Lig. arcuatum. Auswärtsspreizen der Beine, sofort zerreisst das Lig. arcuatum, profuse parenchymatöse Blutung aus beiden Clitorisschenkeln, Tamponade. Vergeblicher Versuch den Kopf in's Becken einzudrücken, Naegele's Zange im I. schrägen Durchmesser, Kopf folgt nicht trotz einiger starker Traktionen. Abermals im I. schrägen Durchmesser angelegt, Versuch den Kopf nach vorn zu drehen, Zange rutscht wieder in den queren. Nochmals Zange im I. schrägen, Kopf folgt nach mehreren starken Traktionen, Geburt jetzt leicht vollendet. Starke Blutung aus einem Scheidenriss. Asphyktisches Kind belebt. Symphysennaht, Lagerung auf Wasserkissen. Hecker'scher Gesichtslagenschädel, Struma, Kind 3800 g, 26.—29. November Leib aufgetrieben, Schmerzen in Symphyse und Trochantergegend, Erbrechen, kleiner Puls + 38,0° C. Incontinentia urinae bis zum 30. November, Winde erst am 28. nach Glycerinclysma.

30. November Verbandwechsel, Wunde stark geröthet, Sekret eitrig.

Einige Drähte entfernt. 2. December Hautwunde klafft, 13. December Symphyse noch nicht fest. 15.—22. December Thrombophlebitis der Vena saphena sinistra, am 28. December der dextra. 3. Januar 1893 linker Schambogen etwas empfindlich, bei Bewegung der Beine Symphyse beweglich, eine Spalte nicht fühlbar, Parametrien frei. 10. Januar Phlebitis ausgeheilt, Symphyse scheint fest zu werden. 21. Januar Gehversuche, Heben der Beine mit Schwierigkeiten. 27. Januar Symphyse fest, Gang gut, Symphysenwunde kleiner fistulöser Trichter. 27. Januar entlassen mit Beckengurt. 25. März Gang gut, keine Schmerzen, Symphyse von innen als Knorpelwall fühlbar.

97. Baumm in Oppeln („Beitrag zur Symphyseotomie." Centralbl. f. Gynäkol. 1893. Nr. 14. p. 301): 27. November 1892: 24jähr. Erstgebärende, ausgetragen. Geburtsbeginn am 24. November 5 Uhr früh. Allgemein verengtes plattes Becken. Conj. diag. 10,5, externa 17,75 cm. 1 Schädellage, Muttermund 1 Fingerspitze. 2 Tage lang wenig Fortschritte. Blasensprung, seit dem 25. November Meconium. 26. November früh 8 Uhr: Kopf schwer beweglich auf dem Eingange, 2 Finger Muttermund, schlaff zusammengefallen. Wechselduschen von je 8—10 Liter heissen und kalten Wassers (30° R. und 8° R.), Wehen darnach kräftig aber kein Vorrücken. 27. November 2 Uhr früh: Pfeilnaht quer am Vorberg, grosse Fontanelle tiefer, 140 Herzschlag, Meconium, Muttermund 2 Finger, schlaff. Kontraktionsring nahe am Nabel. Dehnung, Gefahr. Operation $4^3/_4$ Uhr früh, da Baumm sich zum Kaiserschnitt wegen des längst abgeflossenen Fruchtwassers nicht entschliessen mochte. An Tischkante, gespreizte Beine auf Beinhaltern, Operateur dazwischen, 2 Assistenten drücken die Trochanteren gegen einander. Schnitt. Zeigefinger konnte nicht eher hinter die Symphyse gebracht werden, bis Kopf von der Scheide aus mit der anderen Hand in die Höhe gedrängt war, auch dann wurde der Zeigefinger empfindlich vom Kopf gequetscht. Katheter. Kein sofortiges Klaffen bemerkt, bis nicht der ganze Knorpel durchtrennt war, dann $1^1/_2$ cm. Für Zange Collum zu wenig eröffnet, Warten unmöglich, Geburt schon 3 Tage, Meconium seit 40 Stunden! Kopf von oben eingedrückt im Becken, gelang gut, dann 2 Dührssen'sche Incisionen in die dünnen Ränder des thalergrossen Muttermundes. Jetzt Zange, aber doch noch schwierig, nur mit Kraft rückte endlich der Kopf mit hörbarem, rumpelnden Geräusch im Becken. Dammriss. Scheintodtes Kind (3200 g, 51 cm, Diam. bip. 9 cm) belebt. Diastase bei Zange 4 cm. „Nach der Geburt des Kindes hing die vordere Scheidenwand beutelartig aus der Schamspalte und es blutete stark aus der Scheide und dem Symphysenspalt." Tamponade des Spaltes, Placenta ausgedrückt, dann Uterus und Scheide wegen Blutung tamponirt. (Die Blutung stammte wohl aus den Collumeinschnitten?) Starke Blutung durch Tamponade nicht zu stillen aus dem Spalt. „Die Clitoris und Harnröhre waren ganz vom Scham-

bogen abgetrennt.“ Vergebliche Umstechungen in der Tiefe der wegen fettreichen Mons Veneris sehr tiefen Wunde, Baumm nahm endlich eine grosse Nadel und umstach von der Haut aus dicht über der Clitoris, aber unterhalb des Schnittes im grossen Bogen alles Gewebe, was vom unteren Symphysenrande abgerissen war mit Ausnahme der Harnröhre. Blutung stand jetzt endlich. Wundnaht in 3 Etagen. Es war schwer die Knochen aneinander zu drücken, 1) „gehörte eine grosse Kraft dazu, 2) verschoben sich diese Enden auffallend leicht in der Frontalebene gegen einander, sobald der äussere Druck nicht genau im Querdurchmesser des Beckens wirkte oder die Beine eine seitliche Bewegung machten“. Fortwährend drängte sich die vordere Harnblasenwand in die Spalte. Beckengurt. 5 Tage ohne Fieber, aber Morphium nöthig wegen Schmerzen, Schamlippen, Clitoris und Damm schwollen an, am 6. Tage wie 2 Fäuste, 37,9° C., Eiter aus einem Stichkanal, 2 Fäden entfernt. Am 7. Tage Aufsetzen ohne Erlaubniss, schmale nekrotische Stelle in der Mitte der Nahtlinie. Schwellung geht allmälig zurück, Wunde verheilt, 11. Tag Temperatur normal. — Am 19. Tage Schüttelfrost 39,3—39,9° C. Schorf löst sich ab, bei Druck auf die Trochanteren entleert sich Eiter aus der Tiefe, Sonde dringt hinter die Symphyse ein. Nach 3 Tagen Temperatur wieder normal. Am 21. Tage Gurt abgenommen, Cystitis bis 30. Tag. Schwellung schwindet erst gegen den 40. Tag, Eiterung aus der Narbenfistel, erst am 44. Tage endgültig verheilt. Keine Scheidensenkung von Belang, mangelhafte Uterininvolution.

Aufgestanden am 44. Tage mit Schmerzen im ganzen Becken. Die Symphysenenden gehen bei jedem Schritt auf und ab. Bei gefüllter Blase geht während des Gehens Urin unwillkürlich ab.

Die Incontinenz verlor sich jedoch allmälig und Gang wurde freier. Jetzt keine Schmerzen mehr, Gang freier, aber Symphysenenden verschieben sich noch immer bei jedem Schritt um 1 cm auf und ab. Ab und zu Stechen in den Ileosacralgelenken.

Mutter und Kind gerettet, die Mutter hat jedoch ein langes Krankenlager durchgemacht und eine dauernde Schädigung des Beckens davongetragen.

Am 26. Mai 1893 stellte Baumm die Frau im Breslauer Gynäkologencongress vor, woselbst ich Gelegenheit hatte sie im Liegen, Gehen und Stehen zu untersuchen, die ausgebliebene Consolidation der Symphyse und ein geringes Auf- und Absteigen der Knochen beim Gehen zu constatiren.

Ich habe den Fall Baumm's mit Absicht so ausführlich berichtet, weil er es in jeder Beziehung verdient. Baumm schliesst auf stattgehabte Infektion, aber wie zu Stande gekommen? B. giebt die Schuld nicht der Operation, sondern den Catgutfäden, der Zerreissung der Weichtheile am Schambogen und Oedem, unterstützt von der geringen Heilungstendenz des mit Catgut vernähten Faser- und Fettgewebes und Quetschung der Wunde bei den Blutstillungsversuchen. Grosse Höhlenwunde mit gequetschtem Grunde unter der Symphyse, deren Folge das Oedem, noch verstärkt durch die grosse, die Blutcirkulation absperrende Umstechung. Lebensenergie der Wundfläche herabgesetzt, sie konnte das versenkte Nähmaterial nicht verarbeiten, es kam zur eitrigen Einschmelzung der anliegenden Partien und der Eiter fand längs eines Stichkanales die Kommunikation mit der Luft. Summa summarum hatte nach Baumm die Zerreissung des Lig. arcuatum all' das Unheil verschuldet, die schon öfters bei der Operation passirt ist, vielleicht wäre Drainage durch den unteren Wundrand besser gewesen. Das Ausbleiben der Vereinigung der Symphysenenden führt Baumm auf die Eiterung und die unendlich schwer zu erreichende Adaptation und Fixation (trotz Beckengurt) zurück. Bei der geringsten Bewegung der Beine sofort Verschiebung. Baumm erörtert dann die Frage: Knochennaht oder nicht? Die Erfahrungen der Italiener und Franzosen lassen sie für's Erste als nicht nöthig erscheinen. Der Werth der mehrfach angegebenen Knorpelnaht — es bleibe ja nur eine so dünne Knorpelschicht an jedem Schambeinende übrig, dass eine Naht unausführbar ist — erscheint Baumm unverständlich. Die Zukunft werde erst zeigen, ob öfters Nahtverheilung wie bei Krassowski und ihm eintreten werde und Knochennaht nöthig wird.

Die Ileosacralgelenke sehr beweglich, Baumm hält eine theilweise Zerreissung ihrer Bänder für sehr wahrscheinlich, vielleicht deutete auch jenes rumpelnde Geräusch darauf hin, das aber möglicherweise auch anderweitig begründet war.

Das Fieber am 19. Tage, Cystitis und Incontinenz erklärt sich Baumm durch Eindringen von Eiter in das perivesikale

Zellgewebe, die letztgenannten Beschwerden durch Harnröhrenzerrung durch die auf- und absteigenden Knochen, denn beim Sitzen Ruhe und Continenz. „Das schliessliche Resultat wider alles Erwarten gut", funktionelle Störung unbedeutend, Arbeitsbehinderung gering.

„Da die Kranke aber doch ihre frühere Gesundheit nicht wieder erlangt hat, so wird man, falls auch nur in wenigen Procenten die Symphyse unvereint bleiben sollte, immer ernstlich mit sich zu Rathe gehen müssen, ob die Erhaltung des kindlichen Lebens dieses eventuellen Opfers werth ist."

Beim aufmerksamen Studium dieser hochinteressanten Krankengeschichte, für deren Veröffentlichung wir dem Herrn Collegen warmen Dank schulden, bin ich doch zu einer andern Epikrise gelangt als der Verfasser. Baumm schreibt das Unheil der Zerreissung der Lig. arcuatum zu. Derartige Zerreissungen sind aber bereits mehrfach berichtet, ohne dass es zu einer Nichtverwachsung gekommen wäre, die wohl auch bei Baumm's Operirten nie mehr im Leben spontan erfolgen dürfte. (Ich erinnere an den schon vorher von mir erwähnten Fall der bindegewebig und beweglich ausgeheilten Beckenfraktur.) Die Eiterung konnte gewiss die Consolidation vereiteln oder wenigstens in die Länge ziehen, wo nicht Caries der Knochenenden dazu kam. Die Hauptbedingung aber der Nichtverheilung war die mangelnde Coaptation. Der Grund aber der mangelnden Coaptation, des Wanderns der beiden Ossa ilei kann meiner festen Ueberzeugung nach kein anderer sein, als mit Bestimmtheit das Platzen eines oder wahrscheinlich beider Ileosacralgelenke, denn so lange dort die Bänder der Knochen den Halt im Gelenk gleichmässig geben, müssen nothwendig die beiden Schambeine von selbst zur Anpassung tendiren, eine symmetrische Lage einnehmen, und so erklärt es sich, dass die Italiener gar keine complicirten Fixationsbinden anwenden, sondern den mechanischen Gesetzen der Natur die Adaptation, den Contakt der Knochen überlassen. Allerhöchstens kann eine Annäherung der Knochen, ein Zusammenpressen der Enden

nöthig werden, ohne Verletzung, Sprengung aber der hinteren Gelenke wird niemals diese doppelte Schwierigkeit der Adaptation beobachtet werden, mit der Baumm zu kämpfen hatte. Ich bin überzeugt, dass im Baumm'schen Falle eine Sprengung eines, vielleicht auch beider Ileosacralgelenke vorlag; bedingt kann dieselbe durch zwei Momente sein: 1) zu weites Spreizen des Symphysenspaltes, 2) unzweckmässige Rotationsbewegungen der Beine, — ich persönlich würde das Herabhängenlassen der Beine an der Tischkante fürchten und unbedingt den Beinen eine fixirte Stellung geben, resp. sie ruhig halten lassen. Uebrigens werden uns Leichenexperimente darüber Aufschluss geben können, welchen Einfluss die Rotationsbewegungen der Beine nach Spaltung der Schamfuge auf die Stellung der Hüftbeine und auf die Ileosacralgelenke haben müssen.

Gegen einen etwaigen Einwurf, es sei doch hier nicht zur Eiterung in den Ileosacralgelenken gekommen trotz Eiterung in der Symphyse, eine Zerreissung im Ileosacralgelenk könne nicht ohne Bluterguss abgegangen sein und die Bedingungen zur Vereiterung seien günstige gewesen, führe ich an, dass eine solche Ileosacralgelenkzerreissung (ich verweise abermals auf den von mir 1892 im Centralbl. f. Gynäkol. beschriebenen Fall) sehr gut ohne Eiterung ausheilen kann, zweitens, dass hier, wie Baumm selbst schreibt, eine — nach Symphyseotomie sonst nicht so auffallend beobachtete — grosse Beweglichkeit in den Ileosacralgelenken vorlag und drittens, dass das Auf- und Absteigen der Schambeinenden aneinander für mich ein Beweis der theilweisen Zerreissung jener Gelenke mit Aufhebung des physiologischen Contaktes der Facies auriculares zwischen Kreuzbein und Hüftbeinen sind.

Ich möchte hier noch die Frage aufwerfen an die Herren, welche, sei es an der Lebenden, sei es an der Leiche, die Beobachtungen zu machen Gelegenheit hatten: Es wird angegeben, dass nach Spaltung der Symphyse nicht nur alsbald eine Diastase sich einstellt, — also Rotation der Hüftbeine um die Vertikalachsen — sondern zugleich eine Rotation der Ossa ilei

um die frontale und um die sagittale Achse, die vorderen Schambeinenden treten in die Höhe, nach anderen Autoren nach unten, und nach vorn und die oberen Enden der Symphysenstumpfe etwas nach aussen, wie wir dies am Becken mit angeborenem Symphysenspalt sehen, das uns ja als Prototyp-Extrem gelten kann.

Wie verhalten sich diese Bewegungen der Hüftbeine-Schambeinenden bei Operiren mit von der Tischkante herabhängenden Schenkeln, bei Operiren in horizontaler Rückenlage und bei Operiren in erhöhter Steissrückenlage mit gespreizten und auf den Bauch flektirten Schenkeln?

Mir scheint, dass eine Beschädigung der Ileosacralgelenke am leichtesten zu erwarten steht bei Operiren bei herabhängenden Schenkeln, also gleichsam Hyperextension der Schenkel.

98. Ribemont: 28. November 1892: 36jähr. Sechstgebärende. (Eine Frühgeburt, 4 ausgetragene Schwangerschaften, einmal Basiotrypsie). Conj. diag. 90 mm. Nach vergeblichem Zangenversuch Operation bei O. I. D. T. Zangenextraktion eines lebenden Kindes, Tod der Mutter am 12. Tage an Pneumonie. (Pneumoniekokken bei Mutter und Kind von Dr. Mosny nachgewiesen.) (Nach Varnier's Tabelle.)

99. Krassowsky in Petersburg, der am 6. October 1892 bei einer Symphyseotomie Pinard's in Paris zugegen war, operirte als der Erste im Russischen Reiche am 29. November 1892: („Ein Fall von Symphyseotomie", Centralbl. f. Gynäkol., 1893, Nr. 5, p. 81 und vorher russisch: Wratsch 1893, Nr. 1): 23jähr. Zweitgebärende tritt am 29. November nachts 2 Uhr ein. (Die erste Entbindung dauerte 40 Stunden. Zange wegen Wehenschwäche an den kaum eingetretenen Kopf bei 4½ Finger breitem Muttermund und abgeflossenem Fruchtwasser; Zange gleitet bei der ersten Traktion ab, Nabelschnur fiel vor, der 2. Zangenversuch auch vergeblich, Nabelschnur pulslos, Perforation, Kranioklasie.) 130 cm hoch, rachitisch, erste Hinterhauptslage, Kopf beweglich über dem Eingange, Muttermund 3 Finger, Blase steht. Conj. diag. 9,0, vera 7,5 cm. Conj. ext. 15 cm (?). In der Schamspalte die Fruchtblase, wird gesprengt; Collaps des Muttermundes, Geburt rückt in 3 Stunden nicht vorwärts, Kopfgeschwulst, Kopf bleibt beweglich über dem Eingange. Abends 11½ Uhr Operation: Schnitt bis 1 cm über Clitoris zwischen den Beinen der Frau stehend, Katheter, ⅔ der Symphyse von oben nach unten durchschnitten; bei einer Presswehe ein lauter Krach, Diastase plötzlich 3 cm, Kopf senkte sich sofort in die Beckenweite und vom Muttermund nur vordere Lippe zu tasten. Reichliche Blutung aus der Tiefe der Wunde, wohl Corpora cavernosa clitoridis verletzt, durch Tamponade nicht zu stillen. Busch'sche

Zange, 6 Traktionen, lebendes Mädchen. Mutter und Kind gerettet. „Während der Zangenextraktion drängte der im rechten schrägen Durchmesser befindliche Kopf die vorliegenden Weichtheile zwischen die Enden der Symphysenknochen ein, so dass die Ossa innominata auf 6,5 cm auseinander gingen. Trotz der seitlichen Unterstützung des Beckens durch die Assistenten wurde dabei ein dumpfes Krachen hörbar, entsprechend der rechten Ileosacralverbindung. Sogleich nach der Extraktion federten die Symphysenenden ungefähr auf die Hälfte zurück; beim Zusammenpressen des Beckens konnten dieselben beinahe aneinander gebracht werden.“ Blutung aus den Schwellkörpern dauert fort, Umstechung nöthig, „um dabei den Grund der Wunde, der sich immer wieder mit Blut bedeckte, dem Auge zugänglich zu machen, wurde es versucht, die vordere Vaginalwand durch den eingeführten Finger in die Wunde zu drängen, wobei der Finger unerwarteterweise die Scheidenwand zerriss und in der Wunde erschien“. Blutung stand durch Ligatur. Placenta kam bald. Symphysenenden bis auf 1 cm aneinandergebracht, 5 Seidennähte. Marlybindenverband um das Becken. Vernähung des Scheidenrisses. Geburtsdauer 36½ Stunden. Kind 3410 g, 48 cm. Diam. bip. 9,5 cm. Fieber, Cystitis, Lochiometra, Incontinenz in den ersten Tagen, Verbandwechsel häufig wegen Durchnässung. Prima reunio, Nähte am 9. Tage entfernt, einige Tage später Vaginalnähte. Langsame Rückbildung des Uterus. (Warum?) Schwachsinnige Person, Hallucinationen, Schlaflosigkeit. Schmerzen im rechten Knie, Kreuz- und Hinterhauptschmerzen, aber Symphyse unempfindlich trotz Diastase von 1 cm. In der 3. Woche Sitzen. 20. Tag aufgestanden, konnte aber nur ein paar Schritte gehen, wenn auch schmerzlos, am folgenden Tage Gehen ohne Stütze, aber schwankend. Beweglichkeit der Symphyse constatirt.

Meiner Ueberzeugung nach lag auch hier, wie in dem Falle Baumm's, eine Sprengung eines oder beider Ileosacralgelenke vor.

100. Schauta (2. Symphyseotomie): 30. November 1892: 26jähr. Erstgebärende, rachitisches allgemein verengtes Becken. Conj. vera 95 mm. 2 Uhr früh Wehenbeginn, mittags Muttermund verstrichen, Schädel am Eingange fixirt, kleine Fontanelle tief. Versuch mit Breuss's Zange scheiterte. Zange blieb liegen, Schnitt, Extraktion mit einer einzigen Traktion. Mutter und Kind (3350 g, Diam. bip. 5,2 cm) gerettet. 18. Tag aufgestanden, geht gut. Naht der Knochenenden weiter unten als im ersten Falle. Der kleine Misserfolg bei seiner ersten Operation sei eine wichtige Unterstützung seiner Ansicht, dass die Symphysennaht durchaus nicht überflüssig sei. Drainage hier nur nach unten angewandt, weil im ersten Falle kleine Fisteln nachbleiben nach Drainage. Schauta nimmt

für sich die Priorität der Naht der Knochenenden in Anspruch. (Sitzungs-Berichte der geburtshülflich-gynäkolog. Gesellschaft in Wien, 1893, N. F. S. 1.)

101. Treub (Leyden): 30. November 1892: 25jähr. Zweitgebärende (erste Entbindung Perforation). Allgemein verengtes plattes Becken, Conj. vera auf 82 mm geschätzt (bei Nekropsie 79 mm befunden). Crist. 27,5, Spin. 24,25 cm. Ausgang: 9,25 cm quer und 10,75 cm längs zur Art. sacrococcygea. Linea innominata in ganzer Länge zu bestreichen, doppeltes Promontorium. Unter Narkose liess sich der Schädel nicht in das Becken eindrücken. Deshalb beschloss Treub das Schwangerschaftsende abzuwarten und Symphyseotomie. Geburtsbeginn am 30. November abends, Schädel beweglich rechts vom Eingange. 11 Uhr abends Muttermund verstrichen, Operation nach Pinard in Steissschnittlage. Schnitt bis über die Clitoris, dann nach links abweichend. Starke venös-parenchymatöse Blutung nach dem Schnitt, als der Finger hinter die Symphyse eingeführt wurde: „Dat gelukte wel een eindweegs, doch ik kon niet langs de geheele hooge symphysis nar beneden komen. Daarop wordt het lig. arcuatum gedeeltelijk van den symphysis-rand losgemakt en nu beproefd van onder op den vinger om de symphysis te voeren. Ook dit gelukt niet volkomen, en daar middelerwijl eene vrij ernstige, zoo veneuse als parenchymateuse bloeding is begonnen, besluit ik te beproeven eenvoudig van voor boven naas achter beneden de symphysis te klieven. Ook dit gaat slechts gedeeltelijk; na een eindwegs in het kraakbeen te zijn ingedrongen stuit het mes overal op been. Noch door het gevoel, noch door het gezicht, wat door de bloeding trouwens zeer beklamerd wordt, kan ik mij overtuigen dat ik niet op de juiste plaats ben, en dethalve besluit ik tot het klieven der symphysis met de kettingzaag. Dit gelukt gemakkelijk, doch de zaagvlakten wijken daarna niet mer dan ca. $1^1/_2$ cm uiteen. Met en geknopt mes wordt vorzichtig het lig. arcuatum doorgesneden, waarop de symphysisstukken tot op 4 cm uiteenwijken.“ Diastase also nach Durchsägung nur $1^1/_2$ cm, nach Durchtrennung des Lig. arcuatum 4 cm, gleich darauf aber Blutung desto stärker. Jodoformgazetamponade. Blasensprengung, Kopf tritt ein, Levret's Zange — 6 cm Diastase dabei. Als der Schädel in die Beckenhöhle gebracht war, Zange abgenommen und auf's Neue im rechten schrägen Durchmesser angelegt, die kleine Fontanelle nach vorn gedreht und Schädel extrahirt mit Gesicht über den Damm. Rumpfextraktion ohne Schwierigkeiten. Darauf ging aber die Blutung auf's Neue los und zwar aus Verletzungen der vorderen Wand der Vulva, aus Rissen die linkerseits mit der Operationswunde communicirten, rechts mehr oberflächlich waren. Blutstillung durch Gazetamponnade so gut als möglich. Das asphyktische Kind mit Schwierigkeit belebt (3720 g, Diam. bip. 10 cm). Nur mit grosser Anstrengung gelang es nach $^1/_2$ Stunde die Placenta aus dem Uterus auszudrücken. Placenta und

Eihäute complet. Nach Expression folgte aber eine so heftige Uterinblutung, dass Uterustamponnade nothwendig wurde. Die Blutung stand, die Patientin aber hochgradig anämisch und erschöpft mit kleinem Puls. Nach Entfernung der Tampons aus der Wunde neue starke Blutung aus dem oberflächlichen Riss rechts von der Clitoris, erst durch tiefe Umstechung bewältigt. Fil de Florence-Verschluss der Wunde, tiefe und oberflächliche Nähte. Jodoformgaze, Heftpflaster, Watten-Verband — Anämie, erwärmtes Bett. Respiration oberflächlich, Puls schlecht, trotz Excitantien Tod nach $^1/_2$ Stunde. Conj. zu dem falschen Promontorium an der Leiche gemessen nur 73 mm. Quermaass des Einganges 132, bei Diastase von 6 cm: 160 mm. Dabei klafften die Art. sacroiliacae vorn stark. „De dunne gewrichtsband was niet gescheurd, doch soo sterk gerekt en gespannen dat aan geen van beide zijden behoorlijk schoonpraepareren van den band mogelijk was, zonder op een gegeven oogenblick den band te doen bersten. Zoodra er eene klejne opening bestond scheurde de rest van den gewrichtsband aan de voorzijde geheel open.“ Bei Untersuchung der Symphyse zeigte sich, dass dieselbe nicht, wie Treub vorausgesetzt hatte, verknöchert war. Die Symphyse war nur sehr schmal 1—1$^1/_2$ mm, der Kettensägenschnitt war rechts davon seitlich gefallen. Dass nun statt der Durchschneidung der Symphyse das rechte Schambein durchsägt wurde, ist nach Treub ohne Bedeutung für den Ablauf der Operation, da der Tod der Frau einfach eine Folge von Verblutung war.

Treub richtet die Aufmerksamkeit darauf, dass Caruso nur von Infektionsgefahren spricht, Verblutungsgefahr aber weder von ihm, noch von Spinelli oder Pinard angegeben wird.

Treub fragt nun: soll ich nun sagen, die Frau ist an atonischer Nachblutung gestorben und nicht in Folge der Symphyseotomie? Die Blutung dürfte schwerlich eine solche nach Perforation und Kranioklasie gewesen sein. Ebenso will Treub nicht die Deutung des Todes anerkennen, welchen Törngren für einen Todesfall anzieht.

Nach Treub ist also die Operation trotz der Antisepsis („giovare l'operazione dei benefici dell' antisepsi“, Caruso) „niet altijd onschuldig voor de vrouw“. Ferner lenkt Treub die Aufmerksamkeit auf den Zustand der Ileosacralgelenke und ihrer vorderen Bänder bei seinem Falle bei 6 cm Diastase. Endlich meint Treub, sei die Prognose für die Kinder nicht so gut, als der italienische Lobgesang besagt, indem Pinard von 13 Kindern nur 10 rettete. Während beim Kaiserschnitt die Prognose für das Kind absolut gut, für die Mutter fraglich, bei Perforation für die Mutter absolut gut, während das Kind geopfert werde, so sei bei Symphyseotomie die Prognose weder für die Mutter, noch für das Kind eine absolut günstige.

102. Fochier: ? November 1892: Begonnene aber nicht durchgeführte Symphyseotomie, weil Durchschneidung der Symphyse misslang, andere Instrumente zum Zersägen nicht zur Hand. Basiotrypsie am todten Kinde.

103. Noble (Philadelphia): 5. December 1892: 30jähr. Fünftgebärende. Enges Becken. Conj. vera 70 mm. 11 Stunden nach Geburtsbeginn. Nach Operation Zange. Mutter und Kind (Diam. bip. 9,5 cm) gerettet. (Medical News, Philadelphia, 18. Februar 1893, p. 176—181.)

104. Springle (Montreal): 6. December 1892: 23jähr. Erstgebärende. Enges Becken. Conj. vera 75 mm; 40 Stunden nach Geburtsbeginn; nach der Operation Zange. Mutter und Kind (3629 g, Diam. bip. 9 cm) gerettet. (Montreal, Med. Journ. January 1893. Nr. 7, p. 487 und 2. April 1893.)

105. Zweifel: 7. December 1892: 34jähr. Drittgebärende. Conj. vera 85 mm. Mutter und Kind gerettet. Symphysenknochencatgutnaht. Zange am hochstehenden Kopf. (War schon einmal zuvor durch Kaiserschnitt entbunden.)

106. Porak: 11. December 1892: 19½jähr. Erstgebärende. Conj. diag. 92 mm. O. I. D. P. 2mal vergeblich Poullet's Zange im schrägen Durchmesser angelegt. Operation. Diastase 2—7,2 cm. Mutter am 5. Tage gestorben (keine Sektion). Kind asphyktisch, belebt, starb nach einigen Stunden. „On peut affirmer, dit l'observation, d'après les phénomènes pulmonaires, l'état général et l'état local, que la malade a succombé à une intoxication ayant son point de départ au niveau des parties sphacélés de la vulve et du vagin. Pendant l'extraction deux aides appuient de chaque côté sur l'os iliaque. La tête descend en écartant la symphyse progressivement."

Das Mädchen lernte erst mit 6 Jahren gehen wegen Rachitis. 138 cm hoch, doppelseitiges Genu valgum. Operation mit Galbiati's Falcetta. Keine Blutung. Nach Operation wieder Poullet's Zange schräg angelegt. Extraktion erschwert durch Dammresistenz. Starke Spannung der Weichtheile vorn und unter der Symphyse, „au moment de la sortie de la tête, toute la région du vestibule, y compris l'urèthre, se détache du côté gauche, hémorrhagie abondante". Die Weichtheile linkerseits nicht bloss abgerissen vom Knochen, sondern sehr geschunden. Naht aller Wunden mit Fil de Florence. Champagner, Eis, Opium, Albuminurie. Am 5. Tage schmerzhafte Schwellung auf einer Hüftschaufel, Schorf auf der Wunde. Symphyse klafft, communicirt mit der Scheide, diphtheritischer Belag auf der ganzen Wundhöhle. Sepsis, Tod: „la malade a succombé à une intoxication ayant son point de départ au niveau des parties sphacélées de la vulve et du vagin". (Nach Gotchaux, l. c. p. 233.)

107. Budin („Symphyséotomie pour rachitisme". Répertoire universel d'Obst. et de Gynécol. Paris Nr. 3, 25, Mai 1893, p. 103 etc.): 13. December 1892: 30jähr. rachitische Drittgebärende (erste Entbindung spontan, Kind starb nach einer Woche; zweite Entbindung künstliche Frühgeburt, Steisslage, schwierige Extraktion 2350 g). (Schädelimpression trotz der Frühgeburt; 2350 g Gewicht; Diam. bip. 9 cm. Das Kind einer Amme abgegeben, starb nach 4 Tagen.) Am 20. October 1892 tritt die Schwangere

ein. Am 4. December in die Klinik. Conj. diag. 9,5 cm. Am 12. December künstliche Frühgeburt beschlossen, Krause's Sonde abends eingeführt. Wehen nur schwach. Am 13. December Muttermund fast verstrichen, die beiden Branchen des Tarnier'schen Écarteurs eingeführt. Um 11 Uhr Eröffnung voll. Beschlossen: Symphyseotomie und Wendung bei stehender Blase. Symphyseotomie mit Bistouri von oben nach unten, vorn nach hinten, Lig. arcuatum durchschnitten mit krummem geknöpften Bistouri. Diastase lässt Finger durch. Blasensprengung, Hand in dem Uterus, Fuss, Wendung, Extraktion. „Pendant tout ce temps, Budin n'a point fait écarter les cuisses de la femme, voulant ainsi laisser à la tête elle-même, le soir d'éloigner les pubis l'un de l'autre. La tête est abandonnée dans le vagin en attendant une contraction.“ Schliesslich doch Mauriceau's Handgriff aus Furcht vor Erstickung. Kein Erfolg, also Zange: lebendes Kind (Mädchen 2850 g, Diam. bip. 9,3 cm).

„Sur la partie droite de la tête, on voit deux lignes rouges, laissant entre elles un espace de 5 cm $^1/_2$, légèrement obliques et correspondant très probablement aux points où les deux angles postérieurs des pubis ont dû s'appliquer sur la surface crânienne.“ 6 tiefe und 4 oberflächliche Seidennähte. Elastische Binde, am 14., 17., 19. December Entfernung der Nähte. Fieberlose Heilung. Prima reunio. Am 12. Tage leichtes Oedem des linken Beines durch Bandagendruck veranlasst. Am 4. Januar 1893 aufgestanden. Beweglichkeit in der Schamfuge nach Budin die gleiche, die man oft 3 Wochen post partum antrifft bei Mehrgebärenden. Das Kind, bei dem man eine stetige Gewichtsabnahme constatirte und Syphilis voraussetzte, starb trotz Mercurialkur am 26. December; nichts specifisch Beweisendes für Syphilis bei der Sektion gefunden: „inaptitade à la vie“.

Budin schreibt den Tod des Kindes der Syphilis zu.

„Il existaient deux lignes rouges verticales sur le pariétal antérieur. Budin a cru qu'elles étaient dues à la pression exagerée par les bords postérieures aigus et coupants des deux pubis. Lorsque ces os sont réunis au niveau de l'articulation, il y a là une surface plane, régulière, continue. Il n'en es plus de même lorsque les pubis sont écartés: ils existe alors deux angles tranchants qui doivent être redoutables non seulement pour l'enfant, mais encore et surtout pour la mère dont les tissus, la vessie et le vagin, sont alors fortement distendus.“

108. Schwarz: 15. December 1892: 22jähr. Erstgebärende; am Tage zuvor Wasserabfluss. Querlage mit Vorfall des linken Armes, Tetanus uteri, übelriechender Ausfluss. Rachitisches kartenherzförmig verengtes Becken, Wendungsversuch; es gelang wegen des tief- und vorstehenden Promontorium nicht, einen Fuss zu erreichen. Conj. ext. 15, diag. 8,5, vera 6 cm. Operation unter Beleuchtung eines Siemensbrenners. Symphyse fühlte sich plump und verdickt an, Versuch der Durchschneidung scheitert an Verknöcherung des Zwischenknorpels, der durchsägt werden musste mit Mühe und grossem Zeit-

verlust. 3 cm Diastase, bei Armeinführung zur Wendung 5 cm. Die Extraktion gelang nur mit grosser Kraftanstrengung. Kind starb mittlerweile ab (3000 g, 50 cm). Naht der Sägeflächen mit 4 Silberdrähten. Am 3. Tage mit Initialfrost Parametritis, am 5. Tage Peritonitis, 8. Tag Tod: eitrige Zellgewebsentzündung und exsudative Peritonitis gefunden. Eiterung und Entzündung nicht vom Uterus, sondern von den beim Durchsägen verletzten Beckenzellgewebe ausgegangen. Die Silberdrahtnähte hielten auch ohne Gurt die Sägeflächen gut aneinander. Mutter und Kind gestorben.

109. Harry Mc Kennan (Paris-Illinois): 16. December 1892: 31jähr. Drittgebärende. Rachitisches Becken, 12 Stunden Geburtsdauer. Conj. vera 7 cm. Nabelschnurvorfall bei vorliegendem linken Arm. Wendung und Zange nach der Operation. Mutter und Kind (Mädchen von 4000 g) gerettet. Am 1. Februar machte die Frau schon eine Fusstour von 3 Meilen. (Medical News. Philadelphia, Febr. 4. 1893, p. 130.)

110. Kaschkaroff in Jaroslawl: 22. December 1892: 22jähr. Erstgebärende. Tags zuvor Fruchtwasser abgeflossen, Wehen seit 2 Tagen. Von mehreren Hebammen ohne aseptische Maassregeln untersucht. 132 cm hohe Frau, der Kaschkaroff 1 Monat vorher angesagt hatte, sie werde nicht ohne Kunsthülfe niederkommen. 30, 28, 27, 15 cm. Conj. diag. 80 mm. Rachitische Kyphoskoliose. Fast volle Eröffnung, I Schädellage, Hirnfontanelle niedriger als hintere Hauptfontanelle. + 39,3° C. 120. Seifenwanne, Reinigung. Operation in Steinschnittlage. Geringe Blutung, Symphyse nach Leopold nur in $^3/_4$ durchschnitten, nach Anlegung der Zange musste aber auch der Rest durchschnitten werden, Diastase 2 cm, Kopf leicht extrahirt jetzt. Einer ferneren Erweiterung der Diastase beugten 2 Assistenten vor. Scheintodtes, belebtes Kind starb nach 24 Stunden. 3400 g, Diam. bip. 8,75 cm; 51 cm. Wunde nicht genäht, sondern mit Jodoformmarly ausgestopft. Marlybinden. Guter Zustand, keine Schmerzen 3 Tage. Am 3. Tage reiste Kaschkaroff ab und übergab die Frau Dr. Falk. Verbandwechsel am 26. December 1892, 2. Januar 1893, 9. Januar, 12. Januar. Wunde vollständig geheilt, am 11. März Frau im ärztlichen Verein vorgestellt. Guter Gang, Symphyse unbeweglich.

(Der Fall ist von Kaschkaroff im Centralblatt f. Gynäkolog. 1893, Nr. 19, p. 448 beschrieben, vorher [s. Krassowski's Fall] erwähnt und dort gesagt, die Operationswunde sei aus Furcht vor stattgehabter Infektion erst am 4. Tage genäht worden. Welche Angabe ist nun die richtige? N.)

111. Latzko („Ueber Symphyseotomie". Allgem. Wiener med. Zeitung, Nr. 15, 11. April 1893 und Bericht aus der Gesellschaft der Aerzte in Wien: Wiener med. Wochenschrift, 1893, Nr. 7, p. 298): Am 25. December 1892: 29jähr. nicht rachitische Erstgebärende mit plattem Becken. (Conj. ext. 17, diag. 10, vera 8,25 cm.) 2 Tage nach Wehenbeginn eingetreten, Schädellage, Contraktionsring ausgesprochen, Wendung contraindicirt wegen Dehnung des unteren Uterinsegmentes, auf hohe Zange mit lebendem

Kinde kaum zu rechnen, also Symphyseotomie mit Herniotom; nach Durchschneidung der Symphyse unbedeutendes Klaffen, sowie aber Lig. arcuatum durchtrennt, sofort mit hör- und fühlbarem Ruck Diastase von 5 cm. Mit einer einzigen leichten Traktion mit Breuss' Achsenzugzange Kopf durch, Scheidendammincision rechterseits. Knabe (4500 g, 53 cm, Diam. bip. 10,25 cm) starb am 3. Tage in Folge einer tiefen längsverlaufenden Impression am rechten Scheitelbein dem Promontorium entsprechend. Heftige Metrorrhagie, manuelle Placentarextraktion. Naht eines Cervixrisses, endlich wegen atonischer Blutung Uterus und Scheide tamponnirt. Dann Scheidendammwunde genäht, dann Naht der Schambeine, in jeden ein Loch mit Drillbohrer gebohrt, starker Silberdraht von hinten nach vorn durchgezogen. Mit Péan's Klemmzange Drahtenden torquirt, dann tiefe Periostnähte, dann noch 2 Etagen-Nähte mit 2 Lücken (eine für das Drahtende, die andere für einen den prävesikalen Raum drainirenden Gazestreifen). Beckenverband aus blauen (?) Binden. Das Einfädeln des Silberdrahtes von hinten her war schwerer und raubte an 15 Minuten. Am ersten Abend keine aktive Bewegung der Beine möglich, kein Fieber, wechselvoller Wochenbettverlauf. Einführung eines elastischen Katheters gelang nur sehr schwer, später mit Vortheil metallischer Katheter. Am 2. Tage abends Meteorismus und Erbrechen, Nausea, Leibschneiden, + 37,3° C, 100. Darmobstruktionsbild. Vergebliche Darmspülung, Magenspülung, Ricinusclysmata. Ursache war der nicht nur das Becken, sondern auch den Unterbauch comprimirende blaue Bindenverband. Nach Durchschneidung resp. Ausschneidung eines Stückes des Verbandes, das gerade den Druck auf den durch die Tamponnade stark ausgedehnten, fest contrahirten Uterus ausgeübt hatte, gingen schon nach 10 Minuten Winde ab, dann Stuhlmassen; Schmerzen, Erbrechen cessirten sofort, Meteorismus bald. Darmverschluss durch Compression des Colon ascendens zwischen dem starren Verband und den harten grossen Uterus. Bezüglich des Hebens der Kranken auf das Stechbecken, schreibt Latzko: „Hebt man die Patientin mit den zwischen Trochanteren und den Spin. sup. ant. flach angelegten Händen unter gleichzeitiger leichter Compression des Beckens, so kann man gewiss eine Krankenschwebe entbehren, wie sie Zweifel für die Nachbehandlung für nothwendig hält. Am 3. Tage Kreuzschmerzen durch Druck des Verbandes, also ganz weg damit und rosshaargepolsterter Beckengürtel, musste aber schon nach wenigen Stunden auch entfernt werden wegen unerträglichen Druckes auf die Trochanteren. Cystitis und Infektion der Dammwunde. Vom 6. Tage an Fieber bis auf + 40,0° C., Dammwunde ging auseinander. Innerhalb 10 Tagen schwindet Fieber. Vaginaltampons am 3., Uterustamponnade am 7. Tage entfernt. Vom 14. Tage an bewegt die Frau aktiv ihre Beine, am 16. setzt sie sich auf, am 20. erster Stehversuch. Jetzt erst wurde der Draht entfernt (schwierig). Nach 4 Wochen geht die Frau mit Unterstützung, am 3. Februar 1893 geheilt entlassen. Ab und zu noch

Schmerzen in der Gegend des rechten Poupart'schen Bandes in den rechten Oberschenkel ausstrahlend. Symphyse gut consolidirt, nur leichte Einkerbung am oberen Rande zu fühlen, auch präsentirt sich das Lig. arcuatum nicht mehr als scharf vorspringende Leiste. Kind starb plötzlich nach 48 Stunden, trotz Wohlbefinden bis dahin; eine Stunde vor dem Tode trank es noch kräftig, dann Somnolenz und Zuckungen, Tod. Wahrscheinlich subdurale Blutung. Mutter gerettet, Kind starb nach 48 Stunden unabhängig von Symphyseotomie.

112. Henry J. Garrigues (New-York): 30. December 1892: 24jähr. Zweitgebärende, allgemein verengtes Becken. Conj. vera 8,2 cm. 38 Stunden Geburtsdauer schon. Schädellage, nach Operation Wendung. Mutter und Kind gerettet (Knabe von 3400 g, Diam. bip. 10 cm). (The Amer. Journ. of med. Sc. March 1893, p. 286—298, April p. 399—417.)

113. Rodriguez de Santos soll nach Pinard 1892 in Brasilien operirt haben. Mutter und Kind gerettet. (Briefliche Mittheilung von Pinard.)

114. Ribemont (Paris-Beaujon): 31. December 1892 : 36jähr. Zweitgebärende. (Vorher einmal Zangengeburt.) Conj. diag. 105 mm. O. I. D. T. Nach vergeblicher Zange Operation. Diastase 6,5—6,5 cm. Leichte Zangenextraktion. Mutter und Kind (4280 g, Diam. bip. 10,5 cm) gerettet. (Nach Varnier's Tabelle.)

115. Cruzzi: Symphyséotomie. (Tip. degli operas, Milano 1892.) Symphyseotomie mit glücklichem Ausgange bei Conj. vera von 72, 75 mm. Er will zum Schutze der Gefässe einen Gazetampon in den retrosymphysären Raum einführen vor Durchschneidung der Symphyse von vorn nach hinten zu. Er will den Kaiserschnitt ausschliesslich für Becken unter 6 cm Conj. vera bei lebendem Kinde reserviren, sonst aber weder künstliche Frühgeburt, noch Embryotomie mit der Symphyseotomie combiniren, diese Combination kann aber in Ausnahmefällen nothwendig werden, 1) wenn nach künstlicher Frühgeburt die Frucht sich als zu gross erweist; 2) wenn bei fast ausgetragener Schwangerschaft die Frucht sich als zu gross erweist. (Siehe Referat: Repert. universel d'Obstétrique et de gynécologie. Nr. 5, 25. Mai 1893, p. 217.)

116. Herzfeld (Schauta's Klinik): 2. December 1892 um Mitternacht, nach 14stündigen Wehen bei fast verstrichenem, aber ödematösem Muttermunde. 23jähr. Erstgebärende. I. Schädellage. Nach Operation Extraktion mit einer einzigen Traktion (Breuss's Zange). Mutter und Kind (2150 g, Diam. bip. 8,5 cm) gerettet. Am 2. Tage + 38,4° C., dann afebril. Prima reunio, Fäden am 10. December, Drähte am 16. December entfernt, 19. December, also am 16. Tage aufgestanden, guter Gang. (Nach brieflicher Mittheilung Prof. Schauta's.)

1893.

117. John Milton Duff (Pittsburgh): 1. Januar 1893: 44jähr. Elftgebärende, Beckenexostose. Conj. vera 82 m. 48 Stunden nach Ge-

burtsbeginn. Schädellage, nach Operation Zange. Mutter und Kind gerettet (Knabe von über 4500 g, Diam. bip. 8,2 cm). 27. Februar 1893 macht die Frau 1 Meile zu Fuss. (Laut Mittheilung des Operateurs an Harris.)

118. William Lusk (New-York): 9. Januar 1893 (Emergency Hosp. Bellevue): 27jähr. Erstgebärende, Beckenenge, grosser Kopf. Conj. vera 10 cm. 25 Stunden nach Wasserabfluss. Nach Operation Wendung auf den Kopf und Zange. Mutter starb nach 12 Stunden. Kind starb nach 17 Stunden in Folge von Verletzungen, die bei vergeblichen Entbindungsversuchen in der Wohnung der Frau entstanden waren, ehe man sie in die Klinik brachte. (Knabe von 4500 g, Diam. bip. 10,5 cm.) Uterus und Blasenruptur. (The Amer. Journ. of med. Sc. April 1893, p. 441.)

119. Pinard: 12. Januar 1893: 28jähr. Drittgebärende. (1. Entbindung ausgetragenes Kind mit Zange todt geboren; 2. Schwangerschaft 4monatlicher Abort.) Conj. diag. 90 mm. O. I. D. T. Nach 15stündiger Geburtsarbeit, $2^1/_2$ Stunden nach voller Eröffnung Operation. Diastase 4,5—4,7 cm. Leichte Zangenextraktion. Mutter gerettet, steht am 39. Tage auf [weshalb so lange gelegen?], Kind (3180 g, Diam. bip. 8 cm) asphyktisch, aber nach 8 Minuten belebt. (Nach Varnier's Tabelle.)

120. Chrobak: 13. Januar 1893: (Regnier: „Ein Fall von Symphyseotomie an einer Zweitgebärenden, $4^1/_2$ Jahr nach conservativem Kaiserschnitt". Centralblatt f. Gynäkol. 1893, Nr. 6, p. 108): 29jähr. Zweitgebärende, 136 cm, rachitisch. (Bei der ersten Entbindung 1888 vollzog Breisky den Kaiserschnitt bei relativer Indikation: lebendes Mädchen, 2800 g, 49,5 cm). Wehenbeginn am 13. Januar früh 10 Uhr, Querlage, kräftige Wehen, Blase sprungfertig, Cervix entfaltet, dehnbarer Muttermund, 4 Finger. Rachitisch plattes Becken. Conj. diag. 9,5, vera 7,5, externa 16 cm. Chrobak entschied sich für die Symphyseotomie, nach Sprengung der Blase und Wendung auf den linken Fuss. Geknöpftes Sichelmesser. Lig. arcuatum durchschnitten. Diastase $5^1/_2$ cm bei Abduktion und Aussenrotation der Oberschenkel. „Spielend leichte Extraktion des asphyktischen Kindes mit minimaler Verletzung der Weichtheile im Beckenausgange, ganz oberflächlichem Schleimhautriss (2 Nähte)." Knabe: 2600 g, 48 cm, Diam. bip. 9,75 cm. Zwei Silbersuturen durch die ganze Dicke der Symphyse, die Knochennaht hält Regnier für das richtigste und rationellste Verfahren, wenn sie auch hier Schwierigkeiten bereitete. Jodoformstreifen hinter der Symphyse im unteren Wundwinkel herausgeleitet. Hautwundnaht, tiefe und oberflächliche Nähte. Bindenverband. Elastische Binde nach Freund. Mutter und Kind gerettet. Operation 1 Stunde.

Die Operation vollzog Prof. Chrobak, die Extraktion Regnier.

Regnier erwähnt zum Schluss den Vorschlag Chrobak's, die Symphyseotomie als vorbereitende

Operation für die nachfolgende Kranio- oder Embryotomie, auch bei absoluter Beckenverengerung bei schon abgestorbener Frucht zu machen, ein Vorschlag, der mir vollständig gerechtfertigt erscheint angesichts eigener Erfahrungen an schwierigen Embryotomien. Endlich erwähnt Regnier noch, dass die künstliche Frühgeburt in Zukunft, angesichts der Symphyseotomie, gewisse Einschränkungen der Indikationen erfahren werde.

121. Moussous (Bordeaux): 15. Januar 1893: 26jähr. Zweitgebärende. (Erste Entbindung nach 18stündiger Geburt Zange im Beckeneingange, todtes Kind 3250 g.) Conj. diag. 100 mm. O. I. D. T. Künstliche Frühgeburt. Vergeblich 15 Minuten Traktionen mit Tarnier's Zange im Beckeneingange. Diastase 5—6 cm. Leichte Extraktion mit Tarnier's Zange. Mutter gerettet, steht nach 1 Monat auf, Kind (3320 g, Diam. bip. 10 cm) starb nach einigen Athemzügen. Doppelter Bruch am Schädel nach der ersten Zangenapplikation.

122. Olshausen: 17. Januar 1893: Martha Pförtner, 22jähr. Erstgebärende. Einfach plattes Becken. Crist. 28,5, Spin. 26 cm. Conj. ext. 17, Conj. diag. 10,75 cm. Wehenbeginn 14. Januar. 20 Stunden nach völliger Erweiterung des Muttermundes nach vergeblichem Zangenversuche Operation. Nach Durchschneidung des Lig. arcuatum inferius klafft die Symphyse fast gar nicht, nach Durchschneidung $6^1/_2$ cm. Jetzt leichte Zangenextraktion. Olshausen gerieth in halber Höhe des Schnittes auf Knochensubstanz, die er durchschneiden musste. Knochennaht mit Silberdraht versucht, gelingt nicht gut. Weichtheile mit Catgut. Schnallenbinde aus Segeltuch. Dauer der Operation über 1 Stunde. Stark asphyktisches Kind belebt. Mutter: leichtes Fieber 3 Wochen lang. Exfoliation von Knochenblättchen unter Eiterung. Nach 7 Wochen zum ersten Male aufgestanden, nach 17 Wochen entlassen. Mutter und Kind gerettet. (Nach briefl. Mittheilung.)

123. Tollemer (Paris, Matern. de Cochin): 20. Januar 1893: 39jähr. Siebentgebärende (4mal spontane Frühgeburt, alle Kinder schwächlich, bald gestorben, 5. und 6. Kind mit Zange todt geboren). Conj. vera 85 mm. O. I. D. Tarnier's Dilatator 2 Stunden lang vor der Operation. Diastase 3 und 5 cm. Nach Operation 2 vergebliche Anlegungen von Tarnier's Zange, Wendung, Arm heruntergebracht, Manoeuvre de Champetier de Ribes. Mutter und Kind (3950 g, Diam. bip. 10 cm — asphyktisch, belebt) gerettet. „Après échec de la première application de forceps, l'opérateur a reconnu une déchirure vestibulaire juxta-uréthrale et a craint qu'elle n'intéressa l'urèthre; à sa sortie

la malade urinait exclusivement par le méat et sans difficulté.“ (Nach Varnier's Tabelle.)

124. Guéniot: 22. Januar 1893: 19jähr. Erstgebärende. Rachitisch. Allgemein verengtes Becken. Conj. diag. 85 mm. Schädellage. O. I. D. P. Am 21. Januar mittags Dilatation $6^1/_2$ cm, Ränder nachgiebig, Kopf oberhalb des Einganges, 3 vergebliche Zangenversuche: zweimal mit Anlegung im geraden Beckendurchmesser mit der kleinen Tarnier'schen Zange, einmal schräge Applikation von Levret's Zange. Dann Operation. Schnitt mit Knopfbistouri von oben nach unten. 5—6 cm Diastase mit Écarteur gemessen. Zange im schrägen Durchmesser, Kopf folgt. Scheide äusserst gespannt, droht einzureissen: „c'est pourquoi le forceps qui a tourné avec la tête est prudemment retiré; après quoi la tête se restitue dans sa position primitive. On ne peut obtenir la rotation que par une application régulière préauriculaire“. Die Extraktion dauerte $^1/_2$ Stunde. 2800 g schweres asphyktisches Kind, Mädchen, nach $^3/_4$ Stunden belebt. 5 Nähte. Verband. Applikation von Guéniot's „Compresseur iliaque“. Am 1. Februar Nähte, am 6. der Compresseur entfernt, 13. aufgestanden. Glatte Heilung. Mutter und Kind gerettet.

125. Morisani: 22. Januar 1893: 28jähr. Frau zum zweiten Male Symphyseotomie. Nach 12 Stunden Geburtsdauer bei Schädellage. Falcetta. Zangenextraktion. Mutter und Kind gerettet. (Nach briefl. Mittheilung.)

126. Lebedjew: 23. Januar 1893 (Verhandl. d. Aerzte akadem. Kliniken, russisch, Wratsch 1893, Nr. 4, p. 110—111): 23jähr. Fünftgebärende. Conj. ext. 17, diag. 10, vera 8 cm. (Bei der 1. Entbindung Kraniotomie; 2.: Zange, todtes Kind; 3.: künstliche Frühgeburt [34. Woche, Lebedjew's Klinik] — spontane Austreibung, Kind starb bald darauf; 4.: Extraktion bei Steisslage, todtes Kind.) Kopf ballotirt über dem Eingange, Wasserabfluss früh 6 Uhr, Muttermund voll eröffnet 10 Uhr früh. Vordere Lippe ödematös, Kopfgeschwulst aber kein Fortschritt, Herztöne unregelmässig. Knopfbistouri, Schnitt durch die Symphyse von oben nach unten und von hinten nach vorn bis Lig. arcuatum. Die bis jetzt gestreckten Beine jetzt auf den Bauch flektirt; $1^1/_2$ cm Diastase. Kopf ballotirt noch. Mit Mühe Breuss' Zange (von Polotebnow modificirt) angelegt, leichte Herableitung in die Beckenhöhle, dann abgenommen. Die nächste Wehe trieb das lebende Kind aus. 7 cm Diastase bei Kopfdurchtritt ohne irgend ein krachendes Geräusch. Starke Blutung aus der Schamfuge. Tamponnade und Andrücken der Weichtheile an den Knochen mit der Hand von der Scheide aus. Subperiostale Seidennähte vereinen die Stümpfe, Knorpelschicht zu dünn, darauf noch 2 Etagen-Nähte. Dann starke Blutung aus einem Einriss der Scheide: Nähte. Flanellbinden-

touren um das Becken. (4400 g, 53 cm, Diam. bip. 10 cm.) Mutter und Kind gerettet.

Lebedjew verhält sich der Operation gegenüber eher skeptisch als enthusiastisch, die bisherigen Erfahrungen genügen noch nicht für endgültige Urtheile, das Verfahren sei nicht weniger complicirt als der Kaiserschnitt.

127. Schauta: 23. Januar 1893: 27jähr. Erstgebärende, plattes rachitisches Becken. Wehenbeginn am 22. Januar nachts, Blasensprung 23. Januar 5 Uhr früh. 10 Uhr früh, bei Dehnung des unteren Uterinsegments, Contraktionsring. Schädel mit kleinerem Segment eingekeilt; 2 Finger weiter Muttermund. $1^1/_2$ Uhr mittags missfarbiges Fruchtwasser. Während Zangenextraktion nach Operation erfolgt Diastase bis 6 cm. Episiotomie linkerseits, dann leichte Entwicklung. Der erste angelegte Silberdraht reisst, sobald man vom Seitendruck abliess. Abermals 2 Silberdrähte angelegt, von denen wieder einer reisst. Tiefe Seidennähte durch Periost und Weichtheile, Silberdraht zum unteren Wundwinkel herausgeleitet. Mutter und Kind (2600 g, 47 cm, Diam. bip. 9 cm) gerettet. Das asphyktische Kind belebt. Am 2. Tage Harnretention. 27. Januar Jodoformgazestreifen entfernt, 30. Januar Nähte entfernt, prima reunio. 2. Febr. Silberdrähte entfernt. 7. Februar aufgestanden, Symphyse klafft 1 cm weit. (Nach briefl. Mittheilung.)

128. Zweifel: 28. Januar 1893. Conj. vera 7,75 cm. Querdurchmesser des kindlichen Kopfes 8 und 10 cm. Mutter und Kind gerettet. 27jähr. Zweitgebärende. Conj. ext. 20. Kind 3700 g, 52 cm. II. Schädellage. Operation 10 Stunden nach Geburtsbeginn. Hohe Zange nach Operation; war wegen drohender Uterusruptur zur Perforation aus der Stadt in die Klinik geschickt.

129. Rubeška (Prag): 30. Januar 1893: 35jähr. Zweitgebärende, allgemein verengtes plattes Becken. (Erste Entbindung 1887: Perforation und Kranioklasie): 26,5; 28; 29,25; 17; 10,5; 8,1 cm. Symphysenhöhe 5 cm, Dicke 3,3 cm. Eingetreten mit Wehen am 29. Januar, nachmittags $6^1/_2$ Uhr Blasensprung, Kopf über Eingang, grosse Fontanelle tiefer stehend am Promontorium, kleine nicht zu erreichen, Hinterhaupt links. Kind gross. Nach Symphyseotomie Tarnier's Zange, leichte Extraktion (3550 g, 51 cm, 5,5 cm Diastase). Venöse Blutung aus eingerissenem Harnröhrenplexus, Umstechung. Schambeinenden durch Seitendruck an einander gebracht, die vorderen Fascien an der Symphyse durch versenkte Nähte aus starkem Catgut an einander gebracht, ebenso die Fascien der M. recti, Schluss der Hautwunde, Jodoformmull, Beckengurt mit Rosshaarpolstern auf die Trochanteren und Cristae. (Diam. bip. 10 cm.) Löffelförmige Impression am linken Stirnbein, eine flache Impression am rechten Stirnbein nahe der Schuppennaht. Vom 2. bis 12. Tage leichtes Fieber, aber Euphorie. Bedeutendes Oedem der äusseren Genitalien, 5 Tage Katheterisation, vom 6. Tage an unwillkürlicher Abgang beim Husten. 7. Tag Nähte entfernt,

prima reunio. 21. Tag im Bett Aufsetzen, dabei geht Harn ab, 30. Tag aufgestanden. Guter Gang, noch immer partielle Harnincontinenz. Mutter und Kind gerettet. — Der Symphysenschnitt gar nicht mehr angedeutet, Urethra und Blase unempfindlich, an der rechten Beckenwand, unterhalb der Linea innominata, eine halbmondförmige feste unempfindliche Masse, durch eine fingerbreite Rinne vom Uterus getrennt. Am 48. Tage folgende Maasse aufgenommen: 26; 28; 29,5; 16,75; 10,5; Symphysenhöhe 6, Dicke 4,1 cm, also keine bedeutende Veränderung der Beckenmaasse, Verlängerung und Verdickung der Symphyse. Beim Ueberschreiten von einem Bein auf das andere am unteren Symphysenende mässige Beweglichkeit der Schambeine, daselbst bei aufrechter Stellung eine seichte Rinne von 4 mm Breite. An den hinteren Gelenken keine besondere Beweglichkeit beim Ueberschreiten von einem Bein auf das andere gefunden. Also offenbar eine bindegewebige Verwachsung der Symphyse, was die Regel zu sein scheint. Wenn von knöcherner Verwachsung gesprochen wird, so ist es wohl ein Irrthum. Leider haben meine Kaninchenversuche nie eine feste Verbindung der Symphysenenden gegeben. (Laut brieflicher Mittheilung Prof. Rubeška's vom 20. April 1893.)

130. Pinard: 1. Februar 1893: 29jähr. Drittgebärende. (Erste Entbindung: Frühgeburt mit $8^1/_2$ Monaten, Zange, Convulsionen, Kind starb mit 5 Jahren; zweite Entbindung: spontan, ausgetragen, Kind lebte 8 Monate.) Conj. diag. 101 mm. O. I. S. T. Diastase 4—5 cm. Leichte Zangenextraktion. 23. Tag aufgestanden. Mutter und Kind (2800 g, Diam. bip. 9,5 cm) gerettet. (Nach Varnier.)

131. Pinard: 2. Februar 1893: 25jähr. Drittgebärende. (Erste Entbindung spontan, ausgetragen, Kind nach 2 Tagen gestorben; zweite ebenfalls ausgetragen, spontan, starb mit 8 Monaten.) Conj. diag. 98. O. I. D. T. Missfarbiges Fruchtwasser bei voller Dilatation. Diastase 4—5,7 cm. Leichte Zangenextraktion. 20. Tag aufgestanden. Mutter und Kind (3390 g, Diam. bip. 9,9 cm) gerettet (nach Varnier's Tabelle).

132. Zweifel: 4. Februar 1893: 38jähr. Fünftgebärende. Conj. ext. 18, diag. 7,75 cm. Mutter und Kind (3800 g, Diam. bip. 9,75 cm) gerettet. Zange am tiefstehenden Kopf. (Erste Geburt Zange, zweite protrahirt, spontan, todtes Kind, ebenso die dritte, bei der vierten prophylaktische Wendung, dann Extraktion, todtes Kind.) Jetzt trotz 13stündiger Wehen Kopf nicht eingetreten. Meconium, bei Wendung wenig Aussicht auf lebendes Kind. Diastase 6,5 cm.

133. Schauta (5. Fall): 4. Februar 1893: 24jähr. Erstgebärende, lernte erst im 2. Jahre gehen, im 4. Jahre bemerkte man eine hochgradige bis an den Lendentheil reichende Verkrümmung der Wirbelsäule und zwar eine Kyphose. Trichterförmiges Becken, Ausgang 75 quer und 95 Länge, Schädel trat in Stirnlage ein, blieb im Kanal stecken wegen Ausgangsstenose. Wegen Dehnung des unteren Uterinsegmentes Eingreifen. Das Gesicht lag in der Gegend des rechten horizontalen Schambeinastes, das

Hinterhaupt an der linken Synchondrosis sacroiliaca, die Stirn hatte die Führung. Leichte Zangenextraktion eines lebenden Kindes von 3250 g. Nach Vollendung der Operation fand Schauta einen Riss, der links neben der Harnröhre begann, sich längs derselben an der vorderen Vaginalwand hinauf erstreckte und auch den Blasenhals ergriff, so dass die Blase mit der Harnröhre nur durch eine 2 cm breite Brücke an ihrer rechten Seite noch zusammenhing. Sofortige Vernähung dieser Verletzung durch sehr dicht gestellte Knopfnähte und zwar erst Blasenhals, dann Scheidenwände; Symphyse mit Silberdraht genäht. Draht unten hinausgeleitet. Die Blasenwunde heilte gegen Erwarten. Milch eingespritzt kam nur durch den Katheter heraus, nicht aber durch die Fistel am unteren Wundwinkel. Die Frau lässt den Harn, aber eine gewisse Schwäche des Sphincter, so dass zeitweise einige Tropfen herausträufeln. Ein hochgradiger Hängebauch erschwerte sehr die Operation, so dass schon die Lagerung der Frau grosse Schwierigkeiten machte. Wunde am 21. März geheilt, nur noch eine kleine retrosymphysäre Fistel übrig. In diesem Falle ist Schauta wegen des Hängebauches und der unbequemen Lagerung der Frau die Ablösung der Weichtheile nicht so exakt gelungen, als in seinen übrigen Fällen. In den übrigen Fällen aber war die Ablösung eine vollständige und trotzdem kamen Weichtheilverletzungen zu Stande. Schauta will also die Ablösung der Weichtheile soweit treiben, als überhaupt gestattet ist, weil dadurch möglichst viel Gewebe für die Dehnung zur Verfügung steht. (Centralblatt f. Gynäkol. 1893, Nr. 18, p. 432 ff.) Mutter und Kind gerettet.

Gelegentlich des Vortrages der Schauta'schen Fälle in der Wiener geburtshülfl.-gynäkol. Gesellschaft am 21. März, fand eine interessante Diskussion statt, die, soweit sie Schauta, Chrobak, Koffer anbetrifft, an anderen Stellen dieser Arbeit wiedergegeben ist. Chrobak würde in der Privatpraxis den Kaiserschnitt der Symphyseotomie vorziehen. Wie die Sache heute steht müsse jeder dem beipflichten, der bereits einmal operirt hat und will Chrobak diesbezüglich auf die Schlussbemerkungen Leopold's aufmerksam machen, die gewiss vollkommen am Platze seien.

Herzfeld sprach über die Entstehung der Weichtheilverletzungen. „Diese Risse gehen nicht vom Scheidengewölbe aus, es reisst auch nicht die Scheidenwand zuerst, die Ruptur geht von aussen nach innen und es ist wohl der Muscul. transversus perinaei prof., der, die beiden Schambeinäste verbindend, der kolossalen Querspannung nicht gewachsen ist. Je mehr der Schädel herunterrückt, desto mehr werden die Scham-

beine auseinandergedrängt. Zunächst werden die im Arcus pubis liegenden Weichtheile betroffen, die Ligamenta arcuata und der Muscul. transversus perinaei prof., das Ligament wird in der Regel beim Symphysenschnitt durchtrennt und bei der grossen Quer- und Längsspannung kann der Muskel zerreissen. Und es ist dann ein reiner Zufall, ob Längs- oder Querriss erfolgt und im letzteren Falle eine Verletzung der Urethra. Man müsste Entspannungsschnitte in den Muskel machen, nur ist die Gefahr der Blutung ziemlich gross: zu beiden Seiten des Vaginalostiums liegen die Bulbi cavernosi. Man könnte aber versuchen stumpf die Weichtheile loszulösen, etwas weiter, als es bisher gemacht wurde. In allen unseren 8 Fällen sind die Blase und Weichtheile von der Hinterwand der Symphyse losgelöst worden.“ „Auch die Clitorisschenkel reissen in Folge der kolossalen Spannung in querer Richtung; auffallend ist in dem einen Fall die geringe Blutung beim Zerreissen eines Schenkels. Man könnte auch hier die Clitorishälfte mit der Hand vom Arcus pubis ablösen, ohne dass eine weitere Kontinuitätstrennung stattfände.“ „Was Koffer bezüglich der Silbernaht erwähnt, zeigt nur, wie nothwendig sie ist. Denn wie man mit den Händen von den Trochanteren abgeht, wird sofort die Spannung in die Quere eine grosse. Ein Bindenverband ist wohl überflüssig. Eine Immobilisirung des Beckens ist nur möglich, wenn der Verband sehr fest ist und da macht er Beschwerden.“

„Durch die Symphyseotomie wird der Termin der künstlichen Frühgeburt hinausgeschoben, oft wird sie unnöthig werden. Die Anlegung der hohen Zange, die wir vor der Perforation des lebenden Kindes bisher stets versuchten, wird bei der Symphyseotomie ebenfalls zur Prüfung des räumlichen Messverhältnisses gemacht werden können. Und das ist ein ausserordentlicher Vortheil“, sagt Koffer. — In wie zahlreichen Fällen hat man, wo nach Symphyseotomie ein todtes Kind extrahirt wurde oder ein Kind, das bald nach der Geburt einer Meningealhämorrhagie, Schädelverletzungen erlag, gerade der vor Symphyseotomie angelegten Versuchszange den Tod des Kindes und zwar wohl mit Recht zugeschrieben. Das

stimmt nicht ganz mit dem „ausserordentlichen Vortheil" Herzfeld's, es sei denn, dass die Traktionen bei dieser Versuchszange „zur Prüfung des räumlichen Messverhältnisses", **sehr gemässigte** seien!

„Nach Herzfeld konnten wir vor der Ausführung eines relativen Kaiserschnittes von diesem praktischen Prüfungsmittel keinen Gebrauch machen". — „Ein wahrer Vortheil der Symphyseotomie liege in ihrer Anwendbarkeit auch in Fällen, die wir von vornherein nicht als vollkommen aseptisch ansehen dürfen, das ist bei der Sectio caesarea aus relativer Anzeige nicht der Fall. Es findet ja keine Verletzung des Bauchfells statt. Der letzte von Wertheim operirte Fall war ein solcher; die Frau war ausserhalb der Anstalt untersucht worden, hatte erhöhte Temperatur, die Symphyseotomie und Extraktion ging leicht. Am Abend des nächsten Tages 38, am 3. Tage 38,5° C., am Abend leichte Erhöhung, in der Frühe Remission; wir haben deshalb den Jodoformgazestreifen, der im unteren Wundwinkel lag, allmählig herausgezogen; als dennoch keine Entfieberung eintrat und sich gestern übelriechende Lochialsekrete zeigten, machten wir eine vaginale und cervikale Ausspritzung, die durch die Symphyseotomie demgemäss nicht verhindert worden. Es ist das erste Mal, dass ich von Herrn Chrobak höre, man könne nach der Symphyseotomie bei der Zangenanlegung noch Schwierigkeiten haben; das muss wohl in besonderen Verhältnissen des Beckens oder des Schädels liegen, in unseren Fällen war der Schädel immer leicht entwickelt. Die Unannehmlichkeiten bei der Symphyseotomie stehen weit hinter den Vortheilen zurück, die ja so einleuchtend sind, dass wir ohne Weiteres die ferneren Versuche nicht aufgeben dürfen."

Gustav Braun: „Ich habe gezögert, alle mir seit einer Reihe von Wochen vorgekommenen Fälle der Symphyseotomie zu unterziehen, da ich nur im Januar einen einzigen passenden Fall mit einer Conj. vera von

8 cm beobachtete. Ich liess doch einen Versuch mit dem Forceps machen und es ging ganz leicht, das Kind lebte. Wohl sind dann auch Fälle vorgekommen, die für die Symphyseotomie geeignet waren. Die 3 Fälle meiner Klinik boten keine Schwierigkeiten. In den von mir vor 8 Tagen operirten 1. Fall (14. März 1893) drängte sich die Blase in den Symphysenspalt, so dass vielleicht ein weiteres Herausdrängen eine Zerreissung hätte herbeiführen können. Den Eindruck machte die Sache freilich nicht auf mich. Auch ist weiter kein Zwischenfall eingetreten, weder eine nennenswerthe Blutung noch sonst etwas, die Extraktion ging glatt vor sich." Bezüglich des von Chrobak verlangten Schutzes der vorderen Vaginalwand, theilt Braun diese Ansicht und wünscht, diese Operation möge jetzt noch nicht in die Privatpraxis eindringen. Denn der Fall sei ja Allen bekannt, wo, nachdem die Trennung mit dem Messer nicht gelang, mit der Säge entzweigesägt werden musste und die weiteren Verletzungen auch den Tod zur Folge hatten. Solche Fälle seien geeignet, die Operation in Misskredit zu bringen. (Centralbl. f. Gynäkol. 1893, Nr. 18, p. 438.)

134. Henry Coe (New-York): 5. Februar 1893: 30jähr. Erstgebärende, plattes Becken, Conj. vera 75 mm. 14 Stunden nach Geburtsbeginn, Schädellage, Wendung auf den Fuss, Extraktion. Mutter und Kind (Diam. bip. 10,8 cm) gerettet. (Med. Record 11. Febr. 1893.)

135. Schauta: 5. Februar 1893: 30jähr. Viertgebärende. (2mal spontan lebendes reifes Kind, einmal 5monatl. Abort von Zwillingen bei Hydramnios, 6½ Liter Fruchtwasser.) Conj. diag. 100, vera 80 mm. Allgemein verengtes Becken. Hydramnios. 5. Februar 1½ Uhr nachts Wehenbeginn, ¾2 Uhr Blasensprung, Abends 5 Uhr Bandl's Ring, 6¼ Uhr Operation 24 Stunden nach Wehenbeginn, 15 Stunden nach Blasensprung bei voll eröffnetem Muttermunde und Dehnung des unteren Uterinsegmentes bei II. Schädellage Operation, dann Breuss's Zange, leichte Extraktion. 1 Silberdraht. Maximale Diastase 6,5 cm. Mutter und Kind (3400 g, 52 cm, Diam. bip. 9,75 cm) gerettet. Fieberhaftes Wochenbett (Spitzenkatarrh). 13. Februar Nähte entfernt, prima reunio bei Eiterung aus der Tiefe der Wundhöhle. 21. Februar Silberdraht entfernt. 26. Februar wegen Eiterretention Erweiterung der Wundhöhle, die sich langsam durch Granulationen schliesst. 20. April entlassen, Diastase von etwa 2 mm zwischen Symphysenenden. (Nach brieflicher Mittheilung Prof. Schauta's.)

136. Lepage (Pinard's Klinik): 6. Februar 1893: 25jähr. Erstgebärende. O. I. P. T. Vergebliche hohe Zange 2 Stunden nach voller Eröffnung. Diastase 3,5—5,5 cm. Leichte Zangenextraktion. Mutter und Kind (2950 g, Diam. bip. 9,2 cm) gerettet. (Nach Varnier's Tabelle.)

137. Schauta: 6. Februar 1893: 26jähr. Drittgebärende (1mal Zange, 1mal spontan). Conj. diag. 105, vera 80 mm. Allgemein verengtes plattes Becken, Hydramnios, Hinterscheitelbeineinstellung. 5. Februar 8 p. m. Wehenbeginn. 6. Februar 1 p. m. bei leichter Dehnung des unteren Uterinsegmentes nach 8 vergeblichen Axenzugzangentraktionen Operation. Nur mit Mühe der schmale Schaamfugenknorpel entdeckt. Zange in situ belassen, Extraktion. Vaginalriss rechts. 1 Silberdraht und Weichtheilnähte. Placentarexpression, Silberdraht riss dabei durch, neuer Draht, Verband. Mutter und Kind (4150 g, Diam. bip. 10,5 cm) gerettet. Dabei kam aber wieder ein Riss zu Stande und zwar an der rechten Seite der Harnröhre bis hinauf an die Blase, die aber nicht mehr getroffen war. Ausserdem war die vordere Umrandung der Vulva vom unteren Symphysenrand losgelöst, so dass also eine doppelte Wunde vorlag, eine cirkuläre und eine sagittale. Schauta vernähte diese Wunden, die ohne Zwischenfall heilten. Asphyktischer Knabe belebt. 6. Februar Abends + 38,2° C., Harnretention. 7. Februar Schmerzen in der Symphysengegend. + 37,2° C. Genesung. (Laut briefl. Mittheilung.)

Schauta knüpft hieran folgende Bemerkungen über das Interessanteste seiner letzten Fälle, die dabei beobachteten Verletzungen. Das Eine stehe sicher nach seinen bis jetzt operirten Fällen, dass die Symphyseotomie ein ganz ausgezeichnetes Verfahren sei, um Operationsraum im Becken zu bekommen. „Aber die schweren Verletzungen lassen uns doch etwas Bedenken tragen. Die Entstehung derselben ist nicht schwer zu erklären. Wir sind gewöhnt, am häufigsten Verletzungen des Dammes zu sehen, die daher kommen, dass der Damm der Unterstützung seitens der knöchernen Beckenwände entbehrt. Er kann also bedeutend in die Länge und Breite gezerrt werden. Geht das über seine Elasticitätsgrenze, so zerreist er. Aehnliches sehen wir bei Spaltung der Symphyse, durch welche diese Gegend des Widerlagers seitens der knöchernen Theile beraubt wird, so dass diese Risse entstehen. Wenn wir nun fragen, auf welche Weise wir diese Risse vermeiden können, so möchte ich sagen: „Aehnlich

wie einen Dammriss, erstens durch sehr langsame Extraktion und zweitens durch Extraktion in einer Richtung, dass die Weichtheile möglichst wenig in Anspruch genommen werden. Wir werden also gleich bei den ersten Traktionen möglichst senkrecht nach abwärts ziehen, bei der Extraktion möglichst langsam vorgehen und womöglich schon in diesem Akte der Operation, also gleich bei Beginn, eine Art Weichtheilschutz ausführen. Wir werden die Hände auf die Weichtheile der Symphyse auflegen und auf diese Weise den Weichtheilen den Gegenhalt bieten, den sonst normalerweise die Symphyse gewährt. Ganz besonders aber müssen wir uns davor hüten, den Kopf beim Entwickeln desselben zu heben."

„Denn es fehlt der fixe Punkt am unteren Rande der Symphyse, der hier jetzt durch Weichtheile ersetzt ist, die nicht den genügenden Widerstand bieten können. In meinen beiden Fällen sind die Zerreissungen schon bei diesem Akte erfolgt. Ich glaube also, dass man so wird vorgehen müssen, dass man den Kopf möglichst vorsichig und langsam herausleitet und andererseits durch die aufgelegte Hand eine Art Ergänzung der Lücke schafft, welche die Symphyseotomie setzt und dadurch durch die Hand ein Hypomochlion bildet. Endlich glaube ich, dass, da die Verletzung des Dammes weniger gefährlich ist als die der vorderen Scheidenwand, man deshalb einen Dammriss riskiren oder durch eine ausgiebige Episiotomie die Weichtheile entlasten darf. Die Art der Ausführung bleibt dem Ermessen des Einzelnen überlassen. Von diesem Grundsatze ausgehend, wird man die Weichtheilverletzungen auf ein geringeres Maass reduciren können.

Es ist nun interessant, dass in der bisherigen Litteratur über Symphyseotomie von derartigen Verletzungen nichts bekannt ist, obwohl doch schon viele Fälle operirt wurden". (?)

138. Zweifel: 8. Februar 1893: 34jähr. Drittgebärende. Conj. ext. 18, diag. 8,5 cm. Mutter und Kind (3840 g, Diam. bip. 9,5 cm) gerettet. (Vorher 2 Kinder in protrahirter Geburt spontan.) Kopf gross, hoch über dem Eingange in Naegele'scher Obliquität. Nach 6stündigem

Kreissen mit sehr starken Wehen bei Meconiumabgang und Sinken der Herztöne Operation. Zange am tiefstehenden Kopf.

139. Frommel: 9. Februar 1893: Katharina Pfaffenberger, 21jähr. Erstgebärende, Dienstmagd, am 26. Dezember 1892 aufgenommen, am 2. Mai 1893 entlassen; als Kind rachitisch; letzte Regel 19. April 1892. Spin. 25,5, crist. 27 cm. Diam. bip. 17,5, Conj. diag. 9,75 cm. Wehenbeginn 7. Februar früh 8 Uhr. Kopf links abgewichen, beweglich über dem Eingange, Cervix verstrichen, Blase steht. Alle 2 Stunden 30° warme 1proc. Lysolirrigationen. Schwacher Fortschritt. 8. Februar Kopf auf dem Eingange. 9. Februar Blasensprung, missfarbiges Fruchtwasser. Vorderscheitelbeineinstellung, beginnende Kopfgeschwulst früh 8 Uhr, um 12 Uhr mittags Operation. 10. Februar gut geschlafen, um 7 Uhr früh Befund unverändert, um 9 Uhr plötzlich Wehen, Kopf tritt aber nicht tiefer. Herztöne sinken, 10 Uhr früh spontane Austreibung eines asphyktischen Knaben, nicht belebt; Spontanaustreibung 22 Stunden nach Symphyseotomie. Placenta wegen Blutung nach Credé. Nur Weichtheile vereinigt, keine Knochennaht. Am 17. Februar + 39,6° C. Handtellergrosser Decubitus links vom Kreuzbein. Schon vom 3. Tage an Röthung der Haut, Wöchnerin lässt alles unter sich gehen. 22. Februar: Decubitus vergrössert, Symphyseotomiewunde auseinandergegangen. Symphyse klafft, wie die innere Untersuchung ergiebt, zwei Finger breit. 25. Februar: Symphyseotomiewunde ist bis auf den Knochen geplatzt, Decubitus beginnt sich zu reinigen. 27. Februar: An der rechten Seite der Symphyse wird ein 1 cm langer Sequester entfernt, ein zweiter nicht abgestossener fühlbar. Wunde verkleinert sich. Ausfluss, vom 10. Wochenbettstage an übelriechend und mit Lysolspülung behandelt, fast völlig verschwunden. 4. März 1893: Abendliche Fiebersteigerung + 39,4° C. Sehr reichliche Secretion der Symphyseotomiewunde. 12. März: Wunde und Decubitus gut granulirend. 16. März: Erster Gehversuch, Gang unsicher mit einwärts gestellten Beinen. 17. März: Nach längerem Gehversuch Fieber + 38,2° C. 22. März nach Bettruhe wieder Gehversuch. 23. März Regel zum ersten Male eingetreten. Bettruhe bis 27. März. 28. März, also am 47. Tage endlich Symphyseotomiewunde ganz vernarbt. Decubitus am Kreuzbein noch fünfmarkstückgross, am linken Darmbein einmarkstückgross. 31. März wieder Fieber und Schmerzen in der geschwellten Symphyse, aber nirgends Fluktuation. 3. April Patientin geht wieder umher, es folgten dann noch zwei leichte Temperatursteigerungen, die auf Bettruhe zurückgingen. Am 3. Mai, also nach 3 Monaten erst entlassen. Mutter gerettet, Kind trotz Symphyseotomie verloren, Symphyse unvereinigt mit Eiterung langsam verheilt (beweglich geblieben?).

140. Egbert H. Grandin in New-York: 11. Februar 1893: 19jähr. Erstgebärende, allgemein verengtes Becken. Conjugata vera 82 mm. Nach Zangenversuch Operation, schwierige Zangenextraktion.

Mutter und Kind (Diam. bip. 9 cm) gerettet. (Med. Record 18. März, p. 348.)

141. Lewers in London: 12. Februar 1893. Enges Becken, nach vergeblichem Zangenversuch Operation, dann Zangenextraktion. Das Messer zerbrach, Säge nothwendig. Mutter und Kind gerettet. (Lancet 4. März 1893.)

142. Zweifel: 13. Februar 1893: 23jähr. Erstgebärende. Conj. ext. 16,5, diag. 8 cm. 9 Stunden nach Symphyseotomie spontane Austreibung. Mutter und Kind (3200 g, 49 cm, Diam. bip. 9 cm) gerettet. Operation zwei Stunden nach Geburtsbeginn, rachitisches Becken mit Naegele's Obliquität, vorzeitiger Blasensprung, Muttermund eng geblieben. 7 Uhr 27 Min. Operation, 9 Uhr 5 Min. Kopf noch hochstehend, bei fünfmarkstückweitem Muttermunde 1 Uhr 25 Min. früh handtellergross. 3 Uhr 30 Min. Kopf durch Muttermund, 5 Uhr 15 Min. spontane Austreibung.

143. Zweifel: 13. Februar 1893: 31jähr. Viertgebärende. Conj. ext. 18,5, diag. 8 cm. Mutter und Kind (3400 g, 50 cm, Diam. bip. 9,5 cm) gerettet. (Vorher 2mal Perforation und 1mal Zange, todtes Kind.) Operation 36 Stunden nach Wehenbeginn. 3 Stunden nach Symphyseotomie. Spontanaustreibung. Diastase 6 cm.

144. Leopold (4. Symphyseotomie): 15. Februar 1893: Zweitgebärende, Conj. vera 60 mm. Mutter und Kind gerettet. Glatte Heilung. In der 4. Woche plötzlicher Tod der Mutter an Embolie der Arteria pulmonalis. (Nach briefl. Mittheilung.)

145. Madurowicz (Krakau): 15. Februar 1893: Erstgebärende, plattes Becken, nicht rachitisch. 29, 25, 17,5 cm. Conj. diag. 95, vera 80 mm. Am 14. Februar nach Wehen bei Schädellage eingetreten, am 15. Februar Blasensprung, nach 24stündigem Zuwarten kein Fortschritt, Kopf tritt nicht ein. Versuch mit Madurowicz's Zange im Eingange scheitert. Zange in situ gelassen — Operation nach Leopold; ohne Durchtrennung des Lig. arcuatum inferius. Trotz starker Traktionen Kopf mit Mühe entwickelt, dabei platzte das Ligament, trotz Gegendruck seitens der Assistenten, starke Blutung, — Umstechungen, ausgedehnte Weichtheilverletzungen, rechterseits Scheidenriss und tiefer Collumeinriss, rechterseits vorn Harnröhre von der Harnblase abgerissen, ebenso Clitoris abgerissen und zwar nach links dislocirt. Naht der Weichtheilverletzungen, Naht des Symphysenperiostes mit Catgut, der Hautschnittwunde mit Seidenknopfnähten. Im Schambogenwinkel Tampon aus Gaze. Gestärkte Marlybinden. Fieberhaftes Wochenbett mit Eiterung an den Nähten, Wunde platzt auf, Symphyse klafft $1^1/_2$ cm. Blasenfistel rechterseits, die sowohl mit der Symphysenwunde communicirt als auch mit dem Vestibulum, dem paraurethralen Dreieck rechterseits. Das asphyktische Kind belebt. Jetzt nach $3^1/_2$ Monaten Wunde vernarbt, derber Callus, fast keine Beweglichkeit zwischen den Schambeinenden zu

entdecken, guter Gang. Nur die Fistel ist im Vestibulum geblieben rechts von der Harnröhrenmündung, eine Uterussonde gelangt durch die spaltförmige Oeffnung in einen Raum, der mit der Harnblase communicirt und mit dem retrosymphysären Raume, Harn fliesst aus. In der Scheide nur Narben jetzt sichtbar von den vorausgegangenen Rissen. Die Blasenfistel gehört der vorderen Blasenwand an. Gutes Allgemeinbefinden von Mutter und Kind (3640 g jetzt). Professor Madurowicz ist auf Grund seiner Beobachtung nicht sehr eingenommen für die Symphyseotomie und erklärte in der Sitzung der Krakauer gynäkolog. Gesellschaft am 6. Juni 1893 die Operation für nicht indicirt bei plattem Becken von 8 cm Conj. vera bei hartem Schädel. Die Weichtheilrisse waren sehr bedeutende, es lässt sich von vornherein ihre Grenze nicht absehen und wird sich daher Professor Madurowicz nicht leicht wieder zu einer Symphyseotomie entschliessen.

(Laut briefl. Mittheilung durch Herrn Collegen Cercha.) (Persönlich möchte ich die ausgedehnten Verletzungen in diesem Falle weniger der Symphyseotomie an und für sich zuschreiben, als dem nicht rationellen Nichtdurchschneiden des Lig. arcuatum inferius. Farabeuf hat in sehr logischer Weise die Gründe dargelegt, weshalb das Ligament auf jeden Fall durchtrennt werden müsse — siehe später.)

146. Egbert H. Grandin in New-York: 20. Februar 1893: 20jähr. Erstgebärende bei infantilem Becken mit Conj. vera 82 mm. 7 Stunden nach Geburtsbeginn. Nach Operation Wendung und Extraktion. Mutter und Kind (Mädchen, Diam. bip. 8,5 cm) gerettet. (Nach Harris' briefl. Mittheilung.)

147. Fochier (Lyon): „De la position et l'attitude à donner à la tête après la symphyséotomie. (Annales de Gynécologie, Avril 1893, p. 356—365.)

Wegen mannigfacher interessanter Punkte sei hier Fochier's Vortrag in dem französischen Gynäkologencongress (April 1893) ausführlich wiedergegeben:

„Depuis que j'ai repris mon service, abandonné à la fin de février 1892, depuis le mois d'octobre 1892, j'ai pratiqué une basiotrypsie sur l'enfant vivant, j'ai fait une application meurtrière de forceps et une symphyséotomie. Car c'est bien ainsi qu'il faut comprendre un compte rendu relatif à la symphyséotomie. Si l'on accepte l'opération, il faut expliquer pourquoi elle n'a pas été employée dans tous les cas où elle aurait pu l'être pour contribuer au salut de l'enfant. Les instruments ont été préparés bien plus souvent, six fois au moins, mais il a suffi d'une application de forceps pour avoir un enfant vivant."

„Dans le cas de basiotrypsie il s'agissait d'une multipare, sur laquelle j'avais pratiquée en 1884 une céphalotrypsie à terme, en 1886, un accouchement prématuré à sept mois terminé par une extraction par le siège d'un enfant de 1620 g mort, qui, en 1889 refusa l'opération césarienne et accoucha à sept mois d'un enfant macéré du poids de 1200 g et qui, enfin en novembre 1892, accepta l'accouchement provoqué suivi de symphyséotomie à condition qu'on ne lui fit courir aucun danger. Vous comprenez par ces renseignements que j'avais affaire à une femme très intelligente, tenant beaucoup à la vie et qui n'était pas seule à défendre ses droits à l'existence, son mari en étant aussi convaincu qu'elle même."

„Je provoquais donc l'accouchement et lorsque le col fut dilatable, j'incisai au devant des pubis. Le bassin était violemment asymmétrique. Il y avait à droite une saillie anguleuse de la branche horizontale du pubis qui faisait penser à une fracture. Le bistouri boutonné ne put pénétrer entre les pubis, une fois le ligament supérieur incisé. S'agissait-il d'une ossification ou d'une distorsion de la symphyse en rapport avec la fracture supposée du pubis droit? C'est ce qu' il est difficile de dire. Je n'avais ni ciseaux, ni scie à chaîne prêts. Je pensai que la prolongation qu' il aurait fallu pour chercher et aseptiser ces instruments ferait courir des dangers non seulement à la mère mais à l'enfant; je fis la basiotrypsie." Es handelte sich also um eine begonnene, aber wegen Nichtvorbereitung des Instrumentariums nicht vollendete Operation! „Dans le cas d'application meurtrière de forceps, il s'agissait d'une tête absolument mobile au-dessus du détroit supérieur qui fut malheuresement prise régulièrement, comme cela arrive le plus souvent lorsque la tête est mobile, et, malgré mon attention, se mit en position oblique au détroit supérieur lors des efforts d'extraction. Les efforts furent modérés (20 kg), et cependant la bosse frontale se déprima en entonnoir sur le promontoire. Les bruits du coeur devinrent immédiatement irréguliers, l'enfant succomba en dix minutes et je terminai par une basiotrypsie sur l'enfant mort. Les os de la tête n'étaient pas

mous, ils étaient presque papyracés, ce qui n'est pas la même chose?"

„Enfin dans la symphyséotomie que j'ai pratiqué le 21. février 1893 avec succès pour la mère et l'enfant, j'ai eu affaire à des difficultés exceptionnelles tenant au volume et sourtout à la position de l'enfant." Allgemein verengtes Becken mit Conj. diag. von 110 mm, Kind von 4730 g; „position occipito-gauche postérieure défléchie, ce que certains Allemands appellent une présentation du sinciput, ce mot étant pour eux le synonyme de bregma. C'est la circonférence occipito-frontale de ce gros enfant que j'ai dû faire passer en position oblique et j'ai eu, pendant toute l'extraction, en conscience que les parties molles de la mère n'étant plus soutenues, défendues en avant par les pubis, courraient un grand danger d'infraction. Je me suis épuisé en efforts pour faire frotter la tête contre la paroi postérieure du bassin et ces efforts étaient naturellement dirigés de façon à empêcher la flexion secondaire de la tête puisque l'occiput était en arrière. — Lorsque la tête arriva sur le périnée qui était résistent et inextensible, je fis la rotation et une seconde application de forceps. Malgré cela, malgré la rétraction opérée à l'aide des doigts puis des crochets, j'eus encore plus nettement la conscience de la distension excessive des parties antérieures du canal génital et je demandai des ciseaux pour inciser non la vulve, la tête en était loin, mais le périnée lui-même, lorsqu' il se produisit sur le côté gauche de l'urèthre, une déchirure du vagin qui se continua jusqu' à la petite lèvre du même côté s'arrêtant à un centimètre de l'incision pré-symphysienne. Cette déchirure profonde de la région vasculaire du vagin donna lieu à un écoulement sanguin considérable qui fût arrêté par des sutures profondes prâtiquées immédiatement après l'extraction de l'enfant."

„Les dangers évidents qui résultèrent dans ce cas non pas tant du volume de l'enfant que de la déflexion de la tête et de son engagement en occipito-postérieure firent réapparaitre à mon

esprit les idées que j'avais conçues il y a un an, en voyant M. Pinard pratiquer sa 3ème et 4ème symphyséotomies, idées qui m'avaient complêtement échappé pendant une phase de dépression intellectuelle que je viens de traverser."

„En ne se plaçant tout d'abord qu'au point de vue de la defense des parties molles, on peut dire, que lorsque le canal génital est réduit à un cercle de tissus mous maternels (comme cela arrive après la symphyséotomie, une fois que la tête presse sur le périnée), il faut et il suffit qu'on présente la tête à ce canal sous sa plus petite circonférence, c'est-à-dire en flexion complête, pour réaliser les conditions de distension minimale des parties maternelles. Il faut en même temps, cela va sans dire empêcher la tête de propulser au devant d'elle les anneaux successifs qu'elle doit franchir et par suite, maintenir en place ces anneaux soit à l'aide des doigts soit à l'aide des crochets mousses. Il faut empêcher la tête à allonger le cylindre élastique qu'elle doit parcourir, parceque cet allongement ne peut se produire qu'en rétrécissant proportionnellement les sections successives de ce cylindre."

„Si la tête, par suite de son volume ou de son attitude, présente des dimensions inconciliables avec le maintien de l'intégrité du canal, il faut sectionner ce canal en arrière pour éviter sa déchirure en avant, point dangereux à cause de la vessie de l'urèthre ou des plexus veineux, point sans protection, sans soutien une fois la symphyséotomie faite."

„Mais tout que la tête est en contact en arrière ou sur les côtés avec une paroi osseuse, la distension des parties molles en avant, au niveau du vide laissé par l'écartement des pubis, le degré de cet écartement même dépendrait avant tout de l'utilisation au maximum de l'aire nouvelle du canal osseux, par la grande circonférence de la présentation céphalique. Pour savoir quelle est la circonférence de tête qui peut le mieux s'adapter à cette forme nouvelle du détroit supérieur, pour savoir en même temps dans quelle position il faut mettre cette circonférence, il faut évidemment chercher d'une façon précise quelle forme

prend après symphyséotomie, le détroit supérieur rétréci dans les differents types de rétrécissement da bassin."

Fochier hat nun ein genaues Studium der Beeinflussung und Veränderungen der Formen der einzelnen Beckendurchschnitte nach Symphyseotomie mit Hülfe photographischer Aufnahme mit gleicher Grössenreduktion unternommen, deren Ergebnisse veröffentlicht werden sollen nach Abschluss als „Étude pelvigraphique des résultats de la symphyséotomie". Die Zeichnungscontouren sollen dann mit den Contouren der einzelnen Schädelcircumferenzen verglichen werden.

Fochier hat experimentelle Studien über die Schädeleinstellung nach Symphyseotomie am verengten Becken unternommen und sich dabei an die 3 Typen des einfach platten, allgemein verengten und platten allgemein verengten Beckens gehalten und die Vergrösserung der einzelnen Durchmesser nach Symphyseotomie verglichen. Fochier gelangt zu folgenden Schlüssen:

„Après la symphyséotomie, on s'est occupé surtout d'évoluer l'aggrandissement du conjugué ou de mesurer la circonférence qui pouvait être inscrite entre le promontoire et les angles du pubis écartés. (Farabeuf.) Cette façon de procéder ne donne pas la vraie mesure de l'utilité de la symphyséotomie et n'est capable de suggérer aucun précepte relativement à la position à donner à la tête une fois l'opération faite; tout au plus conduirait-elle à engager la tête par sa circonférence sous-occipito-bregmatique, ce qui est toujours défectueux et souvent très mauvais, lorsque le promontoire est projété en avant."

„L'étude comparée des aggrandissements des diamètres pelviens dans les divers types de rétrécissement du bassin, l'étude de la situation de ces diamètres relativement au promontoire, de la forme nouvelle du détroit supérieur après la symphyséotomie doit faire placer la tête venant première ou dernière en position transversale et en attitude intermédiaire ou en flexion modérée."

Fochier spricht schliesslich noch seine Meinung über die Symphyseotomie und deren Indikationen und Grenzen aus.

Morisani hat nach ihm mit dem Eifer der Vestalin das heilige Feuer am Altar der Symphyseotomie erhalten. . . „Le souffle généreux et ardent de Pinard est venu transformer ce foyer discret en un brasier aux lueurs fulgurantes. . .“

„Prenons garde à l'incendie! Je ne voudrais, en notre fin de siècle, passer pour un pompier.“ Doch will Fochier schon jetzt gewisse allgemeine Einschränkungen geltend machen.

Wenn auch meist die Operation an den Lebenden sich einfach und leicht gestaltete, so gab es doch Fälle, wo man ganz unerwartet auf grosse Schwierigkeiten, Complikationen und Gefahren stiess, die noch zu wenig gekannt sind, um sie zu vermeiden und Abhülfe zu schaffen. Dies beweist ihm unter andern der Fall Tellier's; die Operation befindet sich eben noch in der Periode der Studien darüber und darf noch nicht allgemein zur Anwendung gelangen. Möchte jeder mit dem Freimuthe Tellier's die Schattenseiten beschreiben und diesen Ursachen nachforschen, statt die Schwierigkeiten zu bemänteln. Erst die Zukunft wird uns alle Gefahren der Symphyseotomie kennen lernen lassen. Hauptsächlich warnt Fochier davor, bereits inficirte Frauen zu operiren, da die erweiterten Ileosacralgelenke einen locus minoris resistentiae abgeben, wo leicht Infektionsherde sich bilden können. Wer weiss, ob nicht schon jetzt mancher für die Mutter tödtliche Verlauf dem Umstande zuzuschreiben ist, dass an Inficirten operirt werde. „Dans le cas d'infection continuons à sauvegarder l'existence consciente de la mère, fut ce au prix de l'existence inconsciente de l'enfant.“

148. Maygrier (Paris): 25. Februar 1893: „Symphyséotomie dans un cas de fibrome pelvien“ (Progrès médical 15. Avril 1893). „Tumeur attenante à la branche ischio-pubienne gauche et oblitérant en partie l'excavation.“ Die Frau seit 24 Stunden in der Geburt kreissend in die Pitié gebracht nach Blasensprung, Meconium geht ab. Schädel mit Kopfgeschwulst oberhalb des Tumors tastbar. Tumor fast faustgross, hart, elastisch, liess nicht mehr als 2 Finger neben sich in den Beckenkanal ein. Kaiserschnitt bei so protrahirter Geburt nicht wünschenswerth, Basiotrypsie bei so verengter Beckenhöhle riskant. Einfache Operation, trotzdem aber nach derselben trotz Diastase von 6 cm mehrere Zangenversuche ohne Resultat, eine Hand und die Nabelschnur fielen vor. Es blieb Maygrier nichts übrig, als trotz der Symphyseotomie die Basiotrypsie, die sich leicht

ausführen liess. Während der Extraktion Diastase 5 cm. — Naht, Verband, Gypsbinden, darüber noch Esmarch's Schlauch.

„Au cours de l'intervention, avant de pratiquer la basiotrypsie, on s'était aperçu que la paroi antérieure da vagin s'était déchirée sur une longueur de 5 cent. environ. La lésion correspondait exactement au bord postérieur du pubis du côté droit, contre l'arête saillante duquel le vagin avait été fortement comprimé pendant les applications de forceps. Après l'opération, cette plaie vaginale fut suturée avec cinq fils de soie.“ Frost nach Operation, Erbrechen, leichtes Fieber, dann Besserung, prima reunio. Nähte 10 Tage entfernt, Bauch schmerzlos, Lochien geruchlos. Am 12. Tage Phlegmasie am linken Bein, + 39,2° C. Erguss ins Kniegelenk, Besserung, am 17. Tage + 37° C. Am 21. Tage bei Erhebung behufs einer Ausspülung plötzlich Dyspnoe und retrosternaler Schmerz: 10 Minuten lang, Cyanose des Gesichts und alsbald Tod durch Erstickung. — Grosses Gerinnsel im rechten Aste der Art. pulmonalis. Also Tod durch Embolie der Lungenarterie nach Phlebitis am Beine. Tumor war ein periosteales Fibrom, das ganze For. obturatum links bedeckend, vom linken Schambeinast ausgehend, Tumor wies eine rückgängige Metamorphose, durch das Wochenbett bedingt, auf. Symphyse klafft 2 cm, auch keine Spur von Vereinigung. Maygrier fand nur den einzigen Fall von Novi von 1881 von Symphyseotomie wegen Tumor.

149. Rein (Kijew): 25. Februar 1893: 27jähr. Drittgebärende (erste Entbindung dauerte 5 Tage, todtes Kind; zweite leichter, lebendes Kind). Jetzt Wehen seit 3 Tagen, Wasser vor 2 Tagen abgeflossen. Erste Hinterhauptslage, Wehen schwach, + 37,4° C., P. 94. Contraktionsring in Nabelhöhe, Kopf im Becken. 3 Tumoren im Becken: hühnereigrosser Tumor rechterseits vor dem Kreuzbein, gänseeigrosser gleicher Tumor links vor dem Kreuzbein, von dem ersteren durch eine Furche getrennt, dieser Tumor geht nach vorn zu über in einen dritten, der hinter dem linken horizontalen Schambeinaste liegt. Conj. vera im verengten Theile des Beckeneinganges 6,5—7 cm bei allgemein ungleichmässig verengtem Becken. Conj. ext. 18 cm. Fibröse harte Tumoren wahrscheinlich periostalen Ursprunges. Eitriges Sekret in der Scheide. Da die Geburt verschleppt ist, der Kopf schon in der Beckenhöhle, aus der er nach oben herausgezogen werden müsste, Contraktionsring am Nabel, Eiter in der Scheide, so nicht Kaiserschnitt, sondern Symphyseotomie, umsomehr, als Geburt schon den 3. Tag dauert. Frau vorher mehrfach von Hebammen untersucht. Zange, 3 vergebliche Versuche. Ohne Zange abzunehmen, Operation. 7 cm langer Schnitt bis 1 cm über Clitoris, hier nach links seitlich abweichend. Starke Blutung im unteren Winkel durch Anschneiden eines Corp. cavernosum clitoridis. Mehr als 10 Ligaturen nöthig. Dann Symphyse mit hinter dieselben eingeführtem Knopfbistouri, kein Katheter.

Lig. arcuatum offenbar nicht ganz durchtrennt. $^3/_4$ cm Diastase. Mit 2 leichten Traktionen Knabe (3000 g, 35 cm Schädelumfang). Während der

Extraktion ein krachendes Geräusch, wohl Platzen des Restes des Lig. arcuatum. Diastase 7 cm. Starke Blutung aus dem unteren Wundwinkel (noch einige Ligaturen) und ex utero: Atonie. Bei Streckung der Beine leichte Adaptation. 3 versenkte Seidennähte auf Periost, Hautdeckennaht und Gypsverband. Fieber vom 2.—10. Tag nicht über + 38,5° C. Am 6. Tage Gypsverband fort, durchnässt, stinkt; am oberen und am unteren Wundwinkel Eitertaschen, zwischen die hinteren Symphysen- und vordere Scheidenwand führend, 5 cm tief. Knochen halten gut zusammen, am 16. Tage Zustand von Mutter und Kind gut. Harnsekretion normal, am 26. Tage Fisteln geschlossen. Die Frau sitzt, bewegt frei die Beine in Rückenlage. Aus Vorsicht erlaubt man ihr noch nicht aufzustehen, da der Beckengurt noch nicht fertig ist, den sie tragen soll. Am 33. Tage aufgestanden. Keine Beweglichkeit in den Gelenken constatirt (publicirt in dem Protokoll d. geburts-gynäkolog. Gesellschaft in Kijew [Russisch] — Wratsch 1893, Nr. 10, p. 283). Mutter und Kind gerettet.

150. Budin: 29. Februar 1893: Am 28. Februar kam die Kreissende zu einer Hebamme, dieselbe sprengte die Eihäute, aber kein Fortschritt. Da der Zustand bis zum Abend der gleiche blieb, wurde die Frau in die Charité gebracht. Rachitische Erstgebärende, Conj. diag. 9 cm., allgemein verengtes Becken. Kopf am Eingange beweglich, O. I. D. A. beinahe O. P. Meconiumabgang seit mehreren Stunden. Herztöne 90—100, man wollte zunächst Erweiterung des Muttermundes abwarten; Zange und Wendung gleich riskant. Symphyseotomie? „L'enfant était très compromis, mais si en février 1893 à Paris, on pratiquait la perforation du crâne sans avoir recouru à la symphyséotomie, on pouvait se voir reprocher de porter le perforateur dans le cerveau d'un enfant encore vivant et peut-être viable; si au contraire, on faisait la symphyséotomie, on pouvait encourir le reproche de pratiquer cette opération pour un enfant destiné très probablement à mourir. Au point de vue maternel, on ne saurait établir aucune comparaison entre la bénignité de la basiotrypsie et les risques que la symphyséotomie fait courrir à la femme.“ 2 vergebliche Zangenversuche. Symphyseotomie; starke Blutung aus dem prävesikalen Plexus. Zange in situ belassen, sofort Extraktion, scheintodtes Kind leicht extrahirt, nach 20 Minuten belebt, aber Krämpfe und Lähmung der oberen Gliedmaassen, Tod am 10. Tage: Meningealblutung. Mutter gerettet, Kind an Meningealblutung zu Grunde gegangen.

„Quant à la mère, les suites des couches furent bonnes, mais à partir du 11e jour elle eut trois poussées successive de galactophorite: deux fois sa température dépassa 38°; elle sortit de l'hôpital parfaitement guérie, elle marchait depuis plusieurs jours, et la réunion de la symphyse pubienne semblait parfaite. Cette observation nous a paru intéressante, car elle montre quelles ont été mes hésitations et dans quelles perplexités d'autres accoucheurs pourraient se trouver. Je n'ai pas réussi à sauver l'enfant. J'ai fait courir à la mère qui ne le demendait pas, beau-

coup plus de risques qu'elle n'aurait couru avec la basiotrypsie. Je me retrouverais dans un cas analogue, je ne recommencerais pas. Le foetus étant mort ou compromis dans sa vitalité, la symphyséotomie est une mauvaise opération. C'est Morisani qui a écrit cette phrase et sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, en ce qui concerne les indications de la symphyséotomie, par exemple, on fera bien d'imiter sa réserve et sa sagesse."

„Les accoucheurs n'oublieront pas les bons résultats que peuvent donner l'accouchement prématuré, le forceps, la version, et même les contractions utérines seules qui nous menagent parfois d'agréables surprises."

(Annales de Gynécologie, Avril 1893, p. 339—341.)

151. Georges N. Kreider (Springfield-Illinois): 1. März 1893: 26jähr. Erstgebärende. Enges Becken, grosser Kopf; Conj. vera 7,5 cm. 16 Stunden Geburtsdauer. Schädellage, mit Zange extrahirt. Mutter starb am 12. Tage an von der Operation unabhängiger Peritonitis. Kind todt geboren (Knabe von 4000 g). (Laut Mittheil. Kreider's an Harris vom 29. März 1893.)

152. Frommel: 2. März 1893: Allgemein verengtes plattes Becken, 29jähr. Drittgebärende, Koch, am 2. März aufgenommen, am 5. April entlassen. Das erste Kind spontan geboren, asphyktisch, belebt; das zweite mit Kaiserschnitt durch Professor Zweifel. Jetzt letzte Regel im Juli 1892. Schädel vorliegend, Blase gesprungen. 25, $24^1/_2$, 20 cm. 16,5 cm. Conj. diag. 9 cm. Wehen seit 28. Februar 4 Uhr nachmittags. Muttermund fast verstrichen, Kopf beweglich, nach links abgewichen, Pfeilnaht annähernd quer verlaufend, Meconiumabgang. Um 7 Uhr abends Symphyseotomie, dann mit Zange tief asphyktisches Kind, belebt. Placenta durch Credé, Dammriss vernäht. Weichtheile genäht, keine Knochennaht. Normales Wochenbett. Am 6. März Gypshose. Am 9. März einmalige Temperatursteigerung + 38,2° C. 25. März Gypsverband abgenommen. Rechts und links vom Darmbeinkamm Decubitusstellen. Keinerlei Schmerzen bei aktiven Bewegungen. 26. März Aufsitzen im Bett, 27. März erster Gehversuch, 30. März geht gut. — 5. April Entlassung zur ambulanten Behandlung.

153. Fehling: 3. März 1893: 39jähr. Fünftgebärende, Zwergin, lernte mit 5 Jahren gehen. (Erste Entbindung: langsam, todtes Kind; zweite: Beckenendlage, spontan, todtes Kind; dritte: Wendung und Extraktion, todtes Kind; vierte: künstliche Frühgeburt, Wendung, Extraktion, Kind todt.) 137,5 cm hoch. 28, $26^3/_4$, $23^1/_2$, $16^1/_2$ cm. Conj. von Symphyse zum unteren Promontorium $8^1/_2$ cm. Conj. vera 7—$7^1/_4$ cm. Pelvis nana. Jetzt Schwangerschaftsende abgewartet. Wehenbeginn 1. März 1893, Blasensprung 3. März 1 a. m. Wehen besser, Muttermund handtellergross, Kopf drängt sich fest auf den Eingang. Wegen Erschöpfung der Mutter Operation. Mässige Blutung beim Weichtheilschnitt. Nach Lostrennung der Musculi pyramidales Katheter in die Blase und Versuch, die Symphyse von oben

nach unten zu trennen, was beim ersten Versuch misslingt, weil Messer rechts seitlich auf den Knochen abgewichen. Beim zweiten Versuche gelingt es, aber sofort starke Blutung aus dem Bereiche der Clitorisschenkel, Tamponnade, Kopf durch Eindrücken ins Becken geleitet, Zange, leichte Extraktion, wobei Diastase 6 cm trotz seitlicher Trochanterencompression. Zwischen Symphyseotomie und Geburt 5 Minuten, lebensfrisches Kind. Blutstillung durch Umstechung. Vergeblicher Versuch, die Schambeinäste, die nur mit Mühe auf gleiche Höhe gebracht werden können, mit Silberdraht zu vereinigen, da solcher wiederholt nach dem Schnüren bricht; daher Catgutnähte durch das obere und untere Kapselligament. Hautwunde mit Silberdraht, Jodoformgazedochte. Uterus gross, weich, bei Credé Abgang von grossen Blutgerinnseln, dann steht Blutung. Kind 3950 g, 53 cm. 4. März Schmerz im linken Bein, Eiweissharn mit Cylindern. 5. März Wunde gut, rechtes Labium ödematös, Katheter nothwendig. + 39,3° C. Husten. 6. März eitrige Sputa, starke Wundsekretion + 39,3° C. Scheidensekret geruchlos. 9. März noch immer Katheter nothwendig. Beim Heben starke Schmerzen in Symphyse und Innenseite der Oberschenkel. Bronchialathmen ohne Dämpfung + 39,3° C. 10. März: Husten, Winde, Bauch schmerzhaft auf Druck in beiden Ingenialgegenden + 39,0° C. Herpes labialis, spontanes Harnen. 13. März: Entfernung der oberflächlichen Nähte, auf Druck entleert sich aus der Wunde besonders von links her gegen 50 ccm Eiter. Wundränder nicht geröthet.

20. März: Noch immer eitrige Sekretion aus der Tiefe der Wunde, Lungenaffektion ausgeheilt. Hintere Symphysenwand druckempfindlich. Kind stirbt am 18. Tage an Gastroenteritis und Pneumonie.

25. März: Euphorie der Mutter, Binde zum ersten Male gewechselt, ohne seitliche Schenkelcompression, keine Klagen über Spannung oder Druck.

4. April: Patientin geht mit Unterstützung recht gut und ohne Schmerzen. (Nach Burckhardt citirt.)

154. Koffer (Wien): 4. März 1893: 38jähr. VIII-p., 142 cm hoch. (2mal Zange [todte Kinder], 2mal Frühgeburt [lebende Kinder], 2mal Kraniotomie vorher). Trat am 4. März ein; allgemein verengtes, plattes, rachitisches Becken. Conjugata vera 72 mm, doppeltes Promontorium, Frucht in Schräglage, 2. Position, Muttermund verstrichen, Blase steht, Füsse ragen in den Beckeneingang hinein. Symphysenschnitt mit einfachem Skalpell, dann Blase gesprengt und ein Fuss herabgeholt, asphyktisches Kind von 3150 g. Weichtheile nach Schauta von oben und von unten her von der Symphyse abgelöst, so dass man sie umgreifen konnte. „Nach Entfernung der Frucht wurde die Frau in die Horizontallage gebracht, was mit gleichzeitigem Einwärtsrollen der Füsse verbunden, ein ausgezeichnetes Mittel ist, die Symphysenenden nahe an einander zu bringen. Ein ganz leichter Druck von beiden Seiten genügt dazu.“ 6—7 Nähte auf das Symphysenperiost; als der Seitendruck ausgelassen war, klafften die Symphysen-

ränder auf 2—3 mm unter starker Anspannung der Nähte. Koffer wollte daher in Zukunft lieber mit Silberdraht nähen. „Allerdings hätte mich der wahre Verlauf des Falles von dieser Meinung wieder abbringen können, indem die Frau heute, am 17. Tage, aufsteht und sogar schon auf einem Beine stehen konnte.“ Glatte Heilung, Koffer wagt aber nicht zu behaupten, dass dies ohne Silberdraht immer so sein wird. „Das Herumführen der Silberdrähte unter der Symphyse hat Schwierigkeiten bei der Abnahme der Nähte. In beiden mit Silber genähten Fällen waren die Silberdrähte in eine Masse von Granulationen eingebettet. Man kann ja ganz einfach die Naht vorn herausführen und vorn entfernen“. Koffer legte nun 2 Etagen-Hautnähte an nach Tamponnade des praeurethralen Cavum. Geringe, typisch venös-parenchymatöse Blutung. Pleurabindenverband mit eingestreutem Gyps. Resultat gut. Diastase 2 und 6 cm. Afebrile Heilung. 16. Tag aufgestanden, 27. Tag entlassen. Dicker Callus. Am 19. VI. vertikale Verschiebung der Schambeinenden beim Gehen ineinander nachweisbar, Diastase von 2 mm, straffe fibröse Vereinigung. 2. V. kam die Frau in die Klinik wegen Kreuzschmerzen und Arbeitsunfähigkeit. Am Becken nichts, Retroflexio uteri. Pessar.

Mutter und Kind gerettet.

Koffer erwähnt — ohne Details — noch 2 weitere Operationen aus der Klinik: wo kein Verdacht auf Läsion der Ileosacralgelenke vorlag, die nach Wehle's Arbeit erst bei 8 cm Diastase an der Leiche erfolgt sei. „Wir dürfen also über die Verletzungen dieser Gelenke ziemlich ruhig sein, natürlich jene ankylotischen und schräg verengten Becken ausgeschlossen, bei denen es in diesen Gelenken zu krankhaften Veränderungen gekommen ist und die sich auch nicht zur Symphyseotomie eignen.“

„Bei keiner unserer Operirten fand sich eine Verletzung der vorderen Vaginalwand. Gewiss wird das exakte Ablösen der Weichtheile von der hinteren Symphysenwand, besonders von unten her, dazu beigetragen haben. Denn wenn nur ein Theil der Vaginalwand losgelöst ist und ein anderer nicht, muss es zu Zerreissungen kommen. Schauta hat ja schon hervorgehoben, dass ein gewisser Schutz der vorderen Vaginalwand bei Primiparen nothwendig ist. Es wäre natürlich ein derartiges Instrument zu construiren, um die vordere Vaginalwand zu schützen. Jedenfalls muss der Kopf stark nach unten gezogen werden und ein Heben desselben darf absolut nicht stattfinden. Eventuell könnten auch tiefgreifende Dammincisionen nothwendig werden, um die vordere Vaginalwand zu entlasten.“

155. Chrobak: 8. März 1893: Zweitgebärende (erstes Kind todt geboren). Rachitisches plattes verengtes Becken. Diam. bip. 17 cm. Conj. diag. 11 cm, vera 9,5 cm.

Doppeltes Promontorium. II. Schädellage. 6. März abends Wehenbeginn. 7. März früh Blasensprung. 8. März früh Herztöne sinken, Me-

conium, Zangenversuch, Kopf mit einem Segment fest im Eingange. Operation. Beim Passiren des Einganges mit Zange hörbares Krachen. Asphyktischer Knabe (3500 g, Diam. bip. 9,5 cm) belebt. Placenta nach 10 Minuten. Urethra vollständig von der Clitoris abgerissen, aber selbst nicht durchtrennt. Breite Communikation mit der unter der Symphyse gelegenen Wundfläche. Die künstlichen Cervixincisionen waren weiter gerissen. Die abgerissene Vaginalwand und Urethra durch Nähte fixirt. Drainage durch Jodoformgazedocht, durch offen gelassenen Spalt zwischen Clitoris und Urethra herausgeleitet. Eine Silberdrahtnaht. Die Symphysenenden verschoben sich vor der Naht in senkrechter Richtung. Verweilkatheter. — Verlauf durchaus nicht ideal, erst nach 8 Wochen aufgestanden, geht mit geringen Schmerzen, noch immer etwas Harnincontinenz. Wunde heilte per secundam, mit eitriger Ausstossung von Knorpelstückchen. Orificium urethrae etwas seitlich verzogen.

Mutter und Kind gerettet.

(Centralbl. f. Gynäkologie 1893 Nr. 18. S. 433 u. Nr. 23. S. 544.)

156. Edward P. Davis in Philadelphia: 8. März 1893: 30jähr. Viertgebärende mit plattem rachitischen Becken. Conj. vera 85 mm. 20 Stunden nach Geburtsbeginn. Nach Operation Zangenextraktion. Kind lebend (Diam. bip. 9 cm), Mutter starb am 4. Tage an nicht septischer Pneumonie. (Nach brieflicher Mittheilung an Harris.)

157. Beltrami (Queirel's Klinik): 10. März 1893: 34jähr. Fünftgebärende. (Frühgeburt im 7. Monate, Kind lebte nur einige Monate; Eklampsie, Frühgeburt im 8. Monate, Zange, todtgeborenes Kind; ausgetragene Schwangerschaft, Steisslage, Kind starb ab bei Entwickelung des Kopfes; bei der 4. Geburt Zange, das ausgetragene Kind stirbt nach wenigen Augenblicken.) Jetzt Oedem der Beine und Albuminurie bei ausgetragener Schwangerschaft. Wasser abgegangen, Schädellage. Muttermund 7 cm. Conj. diag. 11 cm. Conj. ext. 18 cm. Nach 2 vergeblichen Beckeneingangszangenversuchen Operation. Sofort Diastase 2 cm. Leichte Zangenextraktion. Diastase jetzt 6 cm, dabei „kracht etwas". Placenta spontan, Blutung, Heisswasserspülung. 3 tiefe und 4 oberflächliche Nähte mit Fil de Florence, Gaze, Leibbinde. Asphyktisches Kind belebt, stirbt nach mehreren Stunden, 3500 g, Diam. bip. 10,25 cm. Glatte Heilung, nur am 5. Tage einmal + 38,9° C. bei Milchandrang. Am 14. Tage Nähte entfernt, am 15. Tage geht die Frau fort, geht vortrefflich, ohne jede Hülfe steigt sie in den Wagen. Mutter gerettet, Kind den 2 Zangenversuchen vor der Operation zum Opfer gefallen, nach Queirel's Ansicht wäre ohne diese Zangenapplikationen ein lebendes Kind gewonnen worden. „C'est encore un succès au crédit de la symphyséotomie et qui montre l'innocuité de cette opération de faire la symphyséotomie." (Annales de Gynécologie, Avril 1893, p. 319—320.)

158. Fehling: 14. März 1893: 23jähr. Erstgebärende, mit 3 Jahren erst gehen gelernt. 133 cm hoch. 29, 25, 23, 15 cm. Conj. diag. $8^1/_4$, vera $6^1/_2$—$6^3/_4$ cm. Allgemein verengtes plattes rachitisches Becken. Da das Becken an der Kaiserschnittgrenze steht, so künstliche Frühgeburt 3 Wochen ante terminum beschlossen mit in Aussicht genommener Symphyseotomie. Hydramnios. Bougie, Wehenbeginn 12. März, Blasensprung 14. März, $6^1/_2$ p. m. Beim Herunterdrücken des Kopfes ins Becken wurden Herztöne plötzlich langsam, sinken bis auf 80, wahrscheinlich durch Druck der von aussen fühlbaren, den Hals umschlingenden Nabelschnur. Herztöne erholen sich wieder. Da 4 Stunden nach Blasensprung trotz kräftiger Wehen Kopf beweglich über Eingang und bei Hinterscheitelbeinstellung starke Cervixdehnung sich bildet, bei handtellergrossem Muttermunde Operation. Symphyse klafft $^1/_2$ cm; das undurchtrennte Lig. arcuatum sehr gespannt, wird durchtrennt. Jetzt Klaffen von $3^1/_2$ cm. Keine Blutung. Patientin wird an den Tischrand gezogen, Beine etwas nach abwärts geschlagen, Kopf von aussen eingedrückt ins kleine Becken. Reichliche Blutung wegen vorzeitiger Placentarlösung, sofort Zange. Klaffen von 6 cm dabei. Das asphyktische Kind belebt. Nächste Wehe: Placenta. Blutung steht. Naht. Knabe $44^1/_2$ cm, 1840 g (?), grösster Kopfumfang $33^1/_2$ cm. Glatte Heilung im Wochenbett. Keinerlei Schmerzen, Beine schon am 10. Tage bewegt. Kind trinkt schlecht und stirbt am 10. Tage an Lebensschwäche.

Burckhardt giebt am Schluss der Beschreibung der 3 von Fehling angeführten Symphyseotomien den Satz: „Nach den Erfahrungen, welche man an unserer Klinik mit der Symphyseotomie gemacht hat, darf man diese Operation ruhig unter die Zahl der geburtshülflichen Operationen als vollberechtigt aufnehmen. Unter die sogenannten leichten Operationen dürfen wir sie gleichwohl nicht rechnen. Operation und Wochenbett bieten so viele Schwierigkeiten dar, dass die Ausführung eigentlich nur unter den günstigsten äusseren Verhältnissen möglich ist.“

159. Zweifel: 15. März 1893: 23jähr. Erstgebärende. Conj. ext. 17 cm. Mutter und Kind (3200 g, 53 cm, Diam. bip. 9 cm) gerettet. Operation nach 17stündigem Kreissen bei noch hoch über dem Eingange stehenden Kopfe und engem Muttermunde. Nach einer Stunde Kopf am Beckenboden angelangt, jetzt Naegele's Zange am tiefstehenden Kopfe. Diastase 6,7 cm.

160. Wertheim (Schauta's Klinik): 15. III. 1893: 26jähr. IV-p. wiederholt in der Stadt untersucht, nach mehrfachen Zangenversuchen in die Klinik gebracht bei stinkendem, missfarbigen Fruchtwasser. 23, 25,

28 cm. Conj. vera 80 mm. Vorderscheitelbeinlage. Nach Operation Breuss's Zange. Diastase dabei $6^1/_2$ cm. Unter Handschutz der Weichtheile der vorderen Scheidenwand Zangenzugrichtung gegen den Damm zu abwärts. Keine Weichtheilverletzung. Lebendes Kind von 3000 g. 50 cm Silberdrahtknochennaht, Seidenfasciennähte. Drainage des retrosymphysären Raumes. Erst am 6. Tage Fieber, Lochien stinkend, eiterig. Scheiden- und Uterusspülung. Fieber dauerte fort, Tod an Sepsis am 11. Tage: jauchige Endometritis, Thrombophlebitis purulenta in der rechten Vena spermatica, als fingerdicker Wulst fühlbar. Der Thrombus darin liess sich bis über die Einmündung dieser Vene in die Vena cava hinein und noch darüber hinaus verfolgen. Symphysenwunde auch nicht intakt, stellenweise eiterig belegt, Verschleppung vom Uterusinhalt aus. Nach W. wäre die schon septisch inficirt in die Anstalt gebrachte Frau auch ohne Operation der Sepsis erlegen auch bei einer anderen Entbindungsart. Uterusvenen mit stellenweise eiterig zerfallenden Thromben gefüllt. Hintere Gelenke intakt ohne Bluterguss (Prof. Schauta legte dieses Becken dem Breslauer Congress im Mai 1893 vor). W. macht aufmerksam auf die Bedeutung der physiologischen Schwangerschaftsauflockerung der hinteren Gelenke für die Diastase, welche hervorgeht aus einer jüngst von Schauta bei einer nicht Schwangeren behufs einer Fisteloperation gemachten Symphyseotomie. Wegen absolut unbeweglicher Ränder war der Fistel von der Scheide aus nicht beizukommen, Schauta hoffte nach Symphyseotomie die Blase vorn loslösen und dann die Ränder anfrischen zu können. Die Symphyse kam aber trotz Durchschneidung überhaupt nicht zum Klaffen und nur mit besonderer Gewaltanwendung liess sich eine Diastase von 1 cm erreichen. Wertheim zweifelt daher an der Verwerthbarkeit der Operation für die Blasenoperationen. (Centralbl. f. Gynäkol. Nr. 26. p. 617—618. 1893.) [Ganz entgegengesetzt fielen die beiden von Albarran und Guyon behufs Operationen in der Harnblase bei Männern ausgeführten Operationen aus.]

161. v. Ott (Petersburg): 18. März 1893: 27jähr. Zweitgebärende. (Erste Entbindung: 1891, plattes Becken, Kopf über dem Eingange, Wendung auf die Füsse, Extraktion schwierig, todtes Kind 3000 g.) Wehenbeginn 17. März abends 10 Uhr, am 18. früh $5^3/_4$ Uhr Wasserabgang. Spin. 24,5, crist. 26, troch. 29, Conj. ext. 19, diag. 9,5, vera 7,5 cm. Kopf über dem Eingange, die Frau verlangt durchaus ein lebendes Kind. Nach Symphyseotomie Zange, 5—6 Traktionen. Dabei Diastase 4,5—5 cm. Minimale Blutung bei Operation. Klemmzangen. Weder Clitorisblutung, noch irgend ein Krachen. 2 Nähte, die Periost, Knorpelränder und Bänderreste mit fassen, Drainage in die Wunde. Hautnaht. Mutter und Kind (2830 g, Diam. bip. 9 cm) gerettet. Fieberhaftes Wochenbett. 29. April aufgestanden, 6. Mai entlassen. (Nach briefl. Mittheilung.)

162. v. Bidder (Petersburg): 19. März 1893: 18jähr. Erstgebärende am normalen Schwangerschaftsende. Allgemein verengtes, plattes rachi-

tisches Becken, Conj. vera 75 mm. 14. März inficirt eingetreten, mehrere Tage schwache Wehen, Kopf bleibt über dem Beckeneingange, nach Operation Zangenextraktion. Mutter und Kind (asphyktisch, belebt, 2820 g) gerettet. Bis zum 17. Tage Fieber, am 19. Tage aufgestanden. Diastase 1,5, später 5,5 cm. Starke Blutung aus einem Corpus cavernosum clitoridis. Riss im linken Labium vernäht. Umstechung. (Nach Referat im Wratsch 1893 [Russisch]; siehe auch Centralbl. f. Gynäkol. 1893 Nr. 24.)

163. Pinard: 19. März 1893: 26jähr. Zweitgebärende. (Erste Entbindung, Zange, lebendes Kind 3000 g.) Enges Becken, nach vergeblichem Zangenversuch Operation, dann leichte Zangenextraktion. Mutter und Kind (3900 g, Diam. bip. 9,6 cm) gerettet. Diastase spontan 5, bei Extraktion 5,5 cm. (Nach Varnier's Tabelle.)

164. Chrobak: 20. März 1893: 26jähr. Erstgebärende, rachitisches plattes Becken. 33, 30, 28$^3/_4$ cm. Conj. ext. 17, diag. 10, vera 8 cm. Doppeltes Promontorium, stark prominirende Wirbelkörper, so dass die Verengerung auf einer Strecke von 4 cm besteht. I. Schädellage. 17. März eingetreten, 19. März 5 p. m. Muttermund verstrichen, Blase vorgewölbt, Kopf beweglich. Wehen nicht besonders. 20. März 11 a. m. Blasensprengung, 11 Uhr abends Herztöne 170, Kopf beweglich. Um Mitternacht Operation nach 3 vergeblichen Traktionen mit Breuss's Zange (rechtes Blatt nur mit grosser Mühe eingeführt). Ziemlich starke Blutung, Extraktion erfordert viel Kraft. Diastase 7 cm. Episiotomie. „Als der Kopf etwa in der Beckenmitte stand, konnte man sehen, wie das gespannte Gewebe gegen die Clitoris hin einriss.“ Bei Entwickelung des Kopfes versuchte man die sich vorstülpende vordere Scheidenwand über den Kopf zurückzuschieben. Placenta spontan. Asphyktisches Kind (3700 g, 52 cm, Diam. bip. 9$^3/_4$ cm) belebt, starb am nächsten Tage an Gehirnblutungsfolgen. Ausgedehnte Sugillationen entsprechend einer im Occipitale verlaufenden Infraktion sowohl unter dem Pericranium wie innerhalb und unter den Meningen. Ikterus. — Urethra fast ganz von Clitoris abgerissen, ein die Urethra quer durchsetzender Riss. Mit Mühe Urethra gefunden und durch einige Nähte fixirt, aber sie schnitten in dem zerquetschten Gewebe durch, Urethra nicht zu finden, Aufschub zum nächsten Tage, falls noch nöthig. Scheide rückwärts so geplatzt, dass das Rectum blosslag. Linkerseits Cervixriss bis ins Scheidengewölbe. Umstechungen, Naht der Risse und doch noch Tamponnade nothwendig. Silberdrahtnaht und doch nach der Naht Klaffen der Symphysenenden von 4 mm. Etagennähte auf die Wunde, Jodoformgazestreif im unteren Wundwinkel nach der Scheide zu neben Clitoris herausgeleitet. Collaps, Excitantia, Aetherinjektionen. Kalikotverband, Ledergurt, Sandkissen; Collaps immer stärker, Unruhe, Bewusstsein nur zeitweilig, Schwarzsehen, 800 cm. Physiologische Kochsalzlösung injicirt. Abends $^1/_2$9 Uhr Tod, 3$^1/_2$ Stunden nach Operation.

Dem Sektionsprotokoll entnehme ich Folgendes: Die linke kleine Schamlippe im oberen Theile zerrissen, Clitoris eingerissen, am Damm

nach rechts zu ausweichend mehrere Knopfnähte, an der hinteren seitlichen Peripherie des Introitus die Scheide durch Knopfnähte angenäht, indem dieselbe von rechts seitlich her an der hinteren und linken Umrandung losgerissen ist. Uterus hinten unten leicht suffundirt, Annexa frei. Die Uterushöhle ausgekleidet von der bis $^1/_2$ cm dicken Decidua, an der hinteren linken Wand über handtellerbreit eitrig infiltrirt, so dass die Falten geradezu schlottrige eitergelbe Beutel bilden. Am Durchschnitt die innerste Schicht des Uterusgewebes eitrig zerfliessend. Nach rechts und nach vorn zu unter reichlichen Coagulis ein zerwühltes, matsches, auch theilweise eitrig infiltrirtes Gewebe der Decidua scrotina.

Längliche Einrisse in der Cervix rechts hinten, grünlich belegt. Vorn links ein tiefer, die ganze Substanz durchgreifender, in das Zellgewebe zwischen Blase und Uterus reichender Längsriss. Blasenschleimhaut an der hinteren Wand ödematös. Urethra blutig suffundirt, etwa 1 cm hinter dem Orificium an $^3/_4$ der Peripherie quer abgerissen und an der unteren Peripherie, wo übrigens auch die Schleimhaut zerrissen ist, noch in Verbindung. Ein Theil des Risses durch Knopfnähte vernäht. Scheide ausgedehnt, blutig suffundirt, vielfach eingerissen, zeigt in der Fortsetzung jenes am Introitus wahrgenommenen Risses einen tiefen perforirenden Längsriss an der linken Seite, welcher ins suffundirte Beckenzellgewebe führt; ferner einen zweiten unmittelbar neben der Urethra, welcher mit jenem Urethralriss zusammenhängt. Der letztere reicht jedoch nicht bis an den Introitus, sondern endet etwa 2 cm vor demselben. Symphysenschnitt links gefallen, theilweise im Knochen, Enden durch Drähte etwas genähert, aber klaffend. Beiderseits entsprechend den Symphyses sacroiliacae flache Protuberanzen, Zellgewebe daselbst ödematös, durch die Bänder bläulich durchschimmernd; nach deren Durchschneidung klaffen die Symphysen beiderseits etwa 7 mm, Blut in den Höhlen, Periost in der Umgebung blutig suffundirt. Endometritis purulenta von der Decidua ausgehend (um nicht den schrecklichen Ausdruck „Deciduitis“ aus dem Protokolle zu acceptiren). Symphyseotomia cum ruptura urethrae, vaginae, cervicis uteri. Diastasis utriusque articulat. sacroiliacae. Septicaemia. Anaemia levior. grad. v. Dittel sieht gerade in der Anämie eine schwere und unmittelbare Todesursache.

Die Verletzungen sind nach ihm nicht entstanden bei den verschiedenen Traktionen mit der Zange vor der Symphyseotomie, sondern erst bei der Extraktion, trotzdem sie langsam und so vorsichtig als nur möglich ausgeführt wurde. Der Hauptgrund für die Verletzungen dürfte die wenig vor-

bereitete Scheide einer Erstgebärenden sein. Die Versuchszange vor der Operation sei für das Kind ungünstig und ebensowenig wünschenswerth, wie vor dem Kaiserschnitt aus relativer Indikation bei „ähnlichem Missverhältniss", für gewöhnlich aber billigt v. Dittel den Zangenversuch vor der Operation.

Am trockenen Becken Conj. vera obstetr. 74 mm, anat. 75 mm, diag. 94 mm. Diam. recta der Beckenweite fast gleich der anatom. Conj. vera 75 mm. Diam. recta des Ausganges 110 mm. Am kürzesten der gerade Durchmesser vom oberen Symphysenrande zur Vereinigung des ersten und zweiten Kreuzwirbels 72 mm. Die Verengerung erstreckte sich auf eine 6 cm weite Strecke. Ausgang weiter als normal. v. Dittel wirft die Frage auf, ob nicht in ähnlichen Fällen Wendung und Extraktion für Mutter und Kind schonender als Zange, oder wenigstens Zange erst anlegen nach Symphyseotomie und nach Schenkelobduktion. Naht nicht nothwendig, aber gut und besser zwei Nähte als nur eine und beim Schnüren der Drähte noch nicht nachlassen mit Seitendruck durch die Assistenten. — Tod des Kindes durch Schädelinfraktion durch Zange. Tod der Mutter nicht an Sepsis an und für sich, sondern infolge des Blutverlustes. Centralbl. f. Gynäkol. Nr. 23. p. 539. 1893.

Denselben Fall hatte Chrobak am 21. März in der Wiener geburtshülflich-gynäkologischen Gesellschaft berichtet und sagte dort: die Symphyseotomie sei ihm, bevor er sie ausführte, höchst zweifelhaft vorgekommen und jetzt, nachdem er sie gesehen und ein paar Mal gemacht, erscheine sie ihm als jene Operation, die ihm am allerwenigsten adaequat sei! Chrobak warnt vor voreiliger Erwerbung unreifer Anfänger für diese Operation, über die man ein Endurtheil noch nicht abgeben könne. „Die Symphyseotomie hat eine sehr grosse Bedeutung; wenn man sich überlegt, was sie Alles leisten kann, so muss man sagen, es giebt fast gar keine geburtshülfliche Operation, bei der sie nicht in Anwendung kommen könne. Und darin liege die grosse Gefahr!"

„Vor Allem der künstliche Abortus. Wir können die Grenze der absoluten Beckenverengerung nicht mehr auf ihrer jetzigen Höhe erhalten. Bringen wir heute mit der Kraniotomie ein Kind mit 6 oder $6^1/_2$ cm noch durch bei unverletztem Beckenring, so werden wir mit Hülfe der Symphyseotomie es auch bei 5 cm noch durchbringen können. Die künstliche Frühgeburt wird verschieden beeinflusst, meiner Auffassung nach

wesentlich beschränkt werden. Während wir heute durch dieselbe noch ganz leidliche Kinder bei 6 cm durchbringen, wird nun in manchen Fällen die Indikation für die künstliche Frühgeburt entweder ganz wegfallen oder auf einen späteren Termin hinausgeschoben werden und wird man lebensfähigere Kinder bekommen als heute. Die Sectio caesarea bei relativer Indication und die Perforation sollten nach dem etwas sanguinischen Ausspruch einiger Autoren von der Welt verschwinden. Ich will hoffen, dass das bei der Perforation des lebenden Kindes zutrifft, bei der Sectio caesarea aus relativer Indication wird das nie der Fall sein; denn es wird ja die Grenze der relativen Indikation tiefer heruntergestellt, wir werden bei 5 bis $5^1/_2$ cm nicht mehr von absoluter Beckenverengerung sprechen können. Ich werde wenigstens mich nie entschliessen, bei einem Becken von resp. $6^1/_2$ cm, das sonst nicht einen sehr günstigen Bau aufweist, ein reifes Kind durch Symphyseotomie gewinnen zu wollen. Ich wollte viel lieber, dass ich bei dem gestrigen Fall die Sectio caesarea ausgeführt hätte. Eine ganz andere Sache ist es mit der Wendung und der Zange. Hier wird ja wenig an der Indikationsstellung geändert. Wir werden natürlich auch nach Ausführung der Wendung an einem engen Becken die Symphyseotomie machen können. Was die hohe atypische Zange wegen Beckenenge anlangt, so ist meine Ansicht die, dass wir in keinem Falle an dasselbe gehen dürfen, ohne die Symphyseotomie in Aussicht genommen zu haben. Nach ein paar ernst gemeinten, aber vergeblichen Traktionen werden wir die Symphyseotomie machen müssen."

„Wie die Symphyseotomie aufkam," fährt Chrobak fort, „hatte ich die grösste Angst vor den Verletzungen der Gelenke des Beckens, um so mehr, als meine Leichenversuche nicht sehr ermuthigend ausfielen. Dabei handelte es sich aber um Leichen von nicht Schwangeren, um feste Beckengelenke alter Personen u. s. w."

Die Resultate anderer Untersuchungen waren beruhigender, und heute habe ich vor den Verletzungen der Beckenknochen eine viel geringere Angst, als vor denen der Weichtheile. Was kann geschehen? Es zerreisst eventuell die Art. sacroiliaca. In dem vorletzten von mir operirten Falle ist das ganz bestimmt geschehen, es hat deutlich gekracht. Nach diesem Krachen fand ich, dass die Symphysenflächen nicht blos in der horizontalen ganz gut auseinander gingen, sondern sich auch in vertikaler Richtung verschieben liessen. Ich habe das an der Leiche nachprobirt und gefunden,

dass bei nicht verletzten Ileosacralgelenken zwar auch eine gewisse Höhenverschiebung an der Symphyse möglich ist, aber eine weit geringere.

Nach Chrobak haben unter dem allmächtigen Schutz der Asepsis heute die Knochenverletzungen des Beckens viel von ihrem Schrecken verloren. Selbst bei ausbleibender Prima reunio der Symphysenwunde komme eine Heilung per secundam zu Stande und die Leute seien leidlich funktionsfähig.

„Immerhin ist es aber mit den Beckenverletzungen eine böse Sache. Der erfahrene Geburtshelfer kennt die Widerstände, die ihm ein geschlossener Beckenring bietet, auch annähernd die, welche der Kopf vermöge seiner Grösse und Configurationsfähigkeit leisten wird; aber die Beurtheilung der Widerstände bei gespaltener Symphyse haben wir nicht in der Hand. Die eine Art. sacroiliaca ist starr, die andere locker, in dem einen Falle ist schon im Anfang eine kleine Zerreissung geschehen und es ist für den Chirurgen ein furchtbar deprimirendes Gefühl, Dinge zu veranlassen, über die man absolut nicht Herr ist. Schlimmer noch sind die Weichtheilsverletzungen. Das Vorkommen von schweren Weichtheilsverletzungen in zwei gleichzeitig beobachteten Fällen, muss nur zu höchster Vorsicht mahnen. Eine bestimmte Erklärung für ihre Entstehung kann ich nicht geben, möchte aber uns darauf hinweisen, dass ich gestern den Querriss entstehen sah, zu einer Zeit, wo der Kopf noch nicht einmal den Beckeneingang passirt hatte und dass ich bei der vorletzten Operation den Schutz der vorderen Scheidewand selbst besorgt habe. Wenn man sieht, welch' kolossale Dislokation und Zerrung z. B. ein Clitorisschenkel auszuhalten hat, so muss man sich wundern, dass er nicht viel häufiger einreisst. Die Weichtheilverletzungen bilden die grössten Schwierigkeiten und Gefahren bei der Operation.“ Auch die Nachbehandlung sei schwer, schreibt Chrobak, ihre Schwierigkeiten seien das Letzte und nicht das Geringste bei der Symphyseotomie.

„Wir müssen ja die Knochen nicht vereinigen, die Heilung erfolgt per primam oder per secundam. Wir müssen aber doch während der ersten Zeit des Wochenbettes eine gewisse Ruhe

der Knochenenden zu Stande bringen; es sei dies desto schwieriger, wenn zugleich aus anderen Gründen eine lokale Behandlung, Uterusausspülungen u. s. w. im Wochenbett nothwendig werden. Chrobak hat bis jetzt die Symphyseotomie nur in der Klinik ausgeführt und mit einer grösseren Assistenz als bei Sectio caesarea. In der Privatpraxis würde er eine Sectio caesarea viel leichter machen, als eine Symphyseotomie.“

„Man eröffnet die Höhlen, die der Infektion leicht zugängig sind und günstige Nährböden abgeben. Wegen diesen Schwierigkeiten habe ich bei der Operation meist eine Theilung der Arbeit in dem Sinne vorgenommen, dass ich z. B. die Symphyseotomie machte und einen Assistenten die Extraktion des Kindes vornehmen liess.“ (Centralbl. f. Gynäkol. Nr. 18. p. 433. 1893.)

165. Anna E. Bromall: 22. März 1893: 25jähr. Negerin, Zweitgebärende. Conj. vera 82 mm. 50 Stunden nach Geburtsbeginn, 30 Stunden nach Wasserabfluss. Nach Operation Zange, todtes Kind (Diam. bip. 10 cm). Mutter gerettet, aber Phlebitis cruralis im Wochenbett. (Nach Harris.)

166. Pinard: 23. März 1893: 33jähr. Drittgebärende. (Zange, todtes Kind; künstliche Frühgeburt, Zange, todtes Kind.) Conj. diag. 104 mm. Nach Operation Zange: Mutter und Kind (asphyktisch, belebt, 3730 g, Diam. bip. 9,9 cm) gerettet, Diastase 4 und 6 cm. (Nach Varnier.)

167. Zweifel: 23. März 1893: 43jähr. Erstgebärende. Conj. ext. 18, vera 8,25 cm. Mutter und Kind (3500 g, 52 cm, Diam. bip. 9,5 cm) gerettet. Allgemein verengtes plattes Becken. Nach 26 1/2stündiger Geburtsdauer Operation, Kopf rückte sofort tiefer, spannte den Muttermund. 1 1/2 Stunden auf Spontanaustreibung gewartet. Herztöne sanken (Nabelschnurumschlingung), also der rigide Muttermund eingeschnitten, Naegele's Zange am tiefstehenden Kopf. Diastase 7 cm.

168. Potocki (3. Operation in Guéniot's Klinik): 24. März 1893: 24jähr. Drittgebärende (einmal Abort, einmal Basiotropsie am reifen Kinde). Allgemein verengtes Becken, Conj. diag. 90 mm. O. I. D. T. 19. März Wasserabfluss. 22. März abends 6 Uhr Wehenbeginn. 25. März abends 10 Uhr Wehen stark, Vorfall des rechten Armes, nach 3—4maligen Versuchen Reposition. 11 Uhr abends vergebliche Zange. 24. März früh 3 1/2 Uhr Operation. Diastase spontan 55 mm, dann Tarnier's Zange, Diastase bei Kopfdurchtritt 6, bei Schultern 6,3 cm. Kind scheintodt (2200 g) nicht belebt. „Cordon rompu au ras de l'ombilic“. (Wie ist das vor sich gegangen?) Diam. bip. 8 cm. Mutter gerettet. 8. Tag

Nähte entfernt, am 12. Tage der Hüftencompressor entfernt, am 11. April noch zu Bett bei Euphorie. Sektion der Kindesleiche: Meningealhämorrhagie. (Annales de Gynécologie, Avril 1893.)

169. J. Clifton Edgar (New-York): 24. März 1893: (Privatpraxis) 24jähr. Erstgebärende. Enges Becken, Conj. vera 82 mm. 48 Stunden nach Geburtsbeginn. L. O. A. Schädellage. Wendung (vor oder nach Operation?). Mutter und Kind (Knabe von 3500 g, Diam. bip. 9 cm) gerettet. (Laut briefl. Mittheilung an Harris.)

170. Lauro (Neapel): 27. März 1893: Amalia Giancone, 27jähr. Zweitgebärende, ausgetragene Schwangerschaft. Eingetreten 9 Stunden nach Geburtsbeginn bei voller Eröffnung, 1 Stunde nach Blasensprung. Linke Schulterlage, 2. Position; plattes Becken, Conj. vera 87 mm. Vergebliche Versuche der Wendung auf den Kopf, Symphyseotomie mit Knopfbistouri, Wendung. Mutter und Kind gerettet. 13. Tag aufgestanden, 15. Tag entlassen.

Starke Hämorrhagie aus der Hautwunde vor Durchschneidung der Symphyse wegen Varices am Mons veneris. (Laut briefl. Mittheilung.)

171. Kaschkaroff (2. Symphyseotomie K.'s): 29. März 1893: 30jähr. Erstgebärende. Nachts vorher Wasser abgegangen und am 29. März früh 8 Uhr Eklampsie, die Anfälle dauern fort bis Operation. Morphium. 135 cm hoch, 31, 28, 26, 17; 10,5—9 cm. + 39,5° C, 130. Ascites, Arme und Beine geschwollen, elendes Aussehen. Volle Eröffnung, erste Schädellage, grosse Geschwulst am Vorderkopfe. Diastase sofort 3,5 cm. Wehen drängten alsbald den Kopf in die Höhle mit Ausnützung des Spaltraumes. Trotz Chloroform wieder eklamptische Anfälle, also Zange, Dammeinschnitte. Kind schrie auf, bekam aber Convulsionen und starb. Temperatur am folgenden Morgen + 37,5°, abends + 38,4° C. Coma. Contrakturen an oberen und unteren Gliedern, eklamptische Anfälle. Am 31. März maniakalische Anfälle bei 38,3° C. Hallucinationen, Unruhe bis zum Tode am 7. April. Fieber bis + 39,5° C. bis zum Tode. Oligurie, die letzten 2 Tage fast Anurie. Sektion: parenchymatöse Nephritis. Wunde rein gefunden. Ausmessung des Beckens 1) mit Fixirung der Symphysenenden: Dicke der Symphyse oben 23, unten 15 mm, Höhe 40 mm. Spin. 26 cm, crist. 28 cm, Conj. vera 8,75 cm; 2) ohne Fixirung bei Diastase von 4 cm bei freier Rückenlage: Spin. 28 cm, crist. 30 cm. Troch. 31,5 cm. Conj. vera 10,5 cm. Hintere Gelenke und Bänder unbeschädigt, rissen oben ein bei künstlicher Erweiterung der Diastase auf 5 cm. — Kaschkaroff sieht die Hauptgefahren jeder Entbindung, sei sie spontan oder operativ, Kaiserschnitt oder Symphyseotomie u. s. w., in einer vorausgegangenen Infektion, und ist überzeugt, dass er es in seinen beiden Fällen nicht mit aseptischen Frauen zu thun hatte. — Da nach Symphyseotomie oft noch Zange, Extraktion u. s. w. nothwendig wird, so ist a priori anzunehmen, dass die Kindersterblichkeit nach Symphyseotomie grösser als nach Kaiserschnitt sein

wird und hält K. den Kaiserschnitt sowohl für die Mütter als für die Kinder für conservativer. Die Symphyseotomie soll nach ihm nicht mit dem relativ indicirten Kaiserschnitt, sondern mit der Perforation des lebenden Kindes concurriren. Wo die Frau sicher nicht inficirt ist, wird Kaschkaroff nie zur Symphyseotomie greifen, sondern zum Kaiserschnitt.

Kaschkaroff hält es bei nicht aseptischen Fällen für rationeller die Wunde nicht zu nähen, wie es angeblich (?) die Italiener thun sollen, im Gegensatze zu Andern, die die Wunde vernähen.

172. Frank (Köln): 8. April 1893: 41jähr. Elftgebärende. Plattes rachitisches Becken. Conj. vera 80 mm. Bei den vorausgegangenen Entbindungen Perforation, theils künstliche Frühgeburt; bei der 10. Entbindung conservativer Kaiserschnitt mit glatter Heilung. Uterus lag in einer Bauchhernie auf den Schenkeln. Chronische Bronchitis. Herzdilatation.

Jetzt 6. April: Wehenbeginn und Blasensprung am Schwangerschaftsende bei 2 Finger weitem Muttermunde.

7. April: starke Wehen, so dass Morphium, aber Kopf steht hoch.

8. April: Symphyseotomie, Blutung, Zange: lebendes Kind. Knochennaht mit Silberdraht, breite Heftpflasterbinden und Sandsäcke.

Verlauf bis 20. April sehr gut. Vom 21. April an Temperaturerhebungen. Prima reunio blieb aus. Asthma, Bronchitis, die Lungenbeschwerden nahmen zu, blutiges Sputum, hypostatische Pneumonie links. Wunde schmutzig belegt.

Am 22. Tage nach Operation Tod der Mutter. Sektion: Lungenemphysem, hypostatische Pneumonie, Sepsis. (Laut persönl. Mittheilung.)

173. Eckstein (Teplitz): 9. April 1893 („Symphyseotomie bei plattem allgemein verengtem rachitischem Becken mit tödtlichem Ausgange [Centralbl. f. Gynäkologie 1893. Nr. 19. S. 441—446]): 41jähr. Zweitgebärende (erste Schwangerschaft Abort). 31, 28, 22, 17; 10,5 und 8,5 cm; erst mit 5 Jahren gehen gelernt, Rachitis. Angesichts des engen Beckens und elenden Allgemeinbefindens hatte Eckstein von vornherein die Sectio caesarea ins Auge gefasst und Ordre gegeben, den Wehenbeginn sofort zu melden. 6. April 1893 früh gerufen mit der Angabe, dass am 5. nachmittags plötzlich Wehen aufgetreten wären und dass das Wasser am 6. um 1 Uhr früh abgeflossen sei. „Nachdem erst nach meiner Benachrichtigung die Hebamme geholt wurde, so ist die Schuld der verspäteten Meldung einzig und allein der Indolenz dieser Frau beizumessen. Bei meiner Ankunft konnte ich folgenden Status aufnehmen:

Die Frau ist 135 cm gross, im Gesicht und Thorax abgemagert, während die unteren Extremitäten allenthalben einen gut entwickelten Panniculus adiposus besitzen. Puls 100, T. 37,1° C. Der Thorax ist sehr kurz, am Stamm deutliche Zeichen überstandener Rachitis.

Uterus handbreit unter dem Rippenbogen, ziemlich gespannt, absolut nicht schmerzhaft, grösste Resistenz rechts, Herztöne rechts unten vom

Nabel 140, sehr kräftig, regelmässig. Von aussen kann man entsprechend der Gegend über dem rechten horizontalen Schambeinast eine deutliche Vorwölbung konstatiren, die durch ein grosses Segment des kindlichen Kopfes gebildet wird.

Die Vulva wenig klaffend, Introitus weit, Scheide mässig lang, das untere Uterinsegment sehr derb, etwas gedehnt, der Muttermund für 2 Finger eben durchgängig, vordere Muttermundslippe dick, fest, hintere bedeutend dünner. Blase gesprungen.

Der Kopf steht mit einem kleinen Segment schon fest im Beckeneingang eingekeilt und lässt sich nicht mehr zurückdrängen. Kleine Fontanelle sehr tiefstehend, Pfeilnaht von rechts vorn nach links hinten verlaufend, nur auf kurze Strecke zu verfolgen, keine Kopfgeschwulst.

Wehen häufig, nicht sehr kräftig, von Zeit zu Zeit fliesst etwas gelbliches Fruchtwasser ab.

Die Gebärende klagt über Schmerzen und Drängen im Mastdarm, befindet sich aber sonst ganz wohl.

An der linken Unterbauchgegend ist die gefüllte Harnblase als über mannesfaustgrosser Tumor zu konstatiren. Lavement, Katheterismus; derselbe ist nur mit grosser Mühe auszuführen und es wird über ein Liter klaren, bräunlich gefärbten Urins entleert.

Nach diesem Befund stand ich von einer Sectio caesarea von vornherein ab und beschloss nach Maassgabe der Umstände mittels Symphyseotomie, eventuell Perforation aktiv einzugreifen. Auch hatte ich noch eine schwache Hoffnung, die Geburt bei entsprechenden Indikationen durch eine eventuelle Forcepsapplikation nach Dührssen zu beenden, da mir der Kopf als durchaus nicht übermässig gross imponirte, und weiter, da die Geburt nicht ganz am normalen Schwangerschaftsende zu stehen schien.

Am 7. und 8. April machte die Geburt nur insoweit einen Fortschritt, als durch Ermahnung der Kreissenden bei Wehen mitzupressen, der Kopf tiefer in das Becken trat, so dass er mit einem kleinen Segmente in der Beckenmitte sich befand, die kleine Fontanelle tiefer trat und eine Kopfgeschwulst sich zu bilden begann. Die hintere Muttermundslippe hatte sich um ein bedeutendes Stück zurückgezogen, so dass der Muttermund kleinhandtellergross war; die vordere Lippe behielt ihre frühere Gestalt.

Die kindlichen Herztöne blieben dauernd gut; der mütterliche Puls jedoch war in Folge der schlaflosen Nächte und der geringen Nahrungsaufnahme schlechter als zu Anfang; er betrug 120, die Temperatur 37,4 C.

9. April Schmerzen unerträglich, Kreissende unruhig, verlangt ein Ende. Puls, Temperatur unverändert. Symphyseotomie: Knorpel nach Leopold nicht ganz durchtrennt, die getrennten Theile klafften $^1/_2$ cm weit. Das Knopfmesser war an der Mitte der Symphyse zerbrochen, und dann ein Herniotom gebraucht. Durch Extraktion des abgebrochenen Messers und einen vorübergehenden Collaps Operation etwas verzögert. Zwei Cervixincisionen in die vordere Lippe. Blutung ebenso wie bei

Symphyseotomie gering. Das untere Uterinsegment zog sich alsbald über den Kopf zurück, der nun zangengerecht stand. Zange im rechten schrägen Durchmesser, 4 Traktionen senkrecht nach abwärts. Erst bei der 3. Traktion folgte der Kopf, wobei unter hörbarem Geräusch der unzerschnittene Theil der Symphysenknorpelbrücke barst. Diastase 4 cm bei Schenkelgegendrücken während Extraktion. Asphyktisches Kind belebt. Placenta manuell gelöst, 4 starke Seidennähte, Periost der Symphyse umfassend. Hautwundnähte bis auf eine Stelle, wo ein Jodoformgazestreifen herausgeleitet. Completer Dammriss, 3 Silberdrähte und einige Seidenknopfnähte. Ergotin, Gaze in die Scheide, Esmarch's Schlauch. Schädel sagittal sehr stark plattgedrückt. Im Bereiche des rechten Auges Lidschwellung durch Zangendruck. Am Nacken symmetrisch zu der Halswirbelsäule gelegen 2 kleine Rissquetschwunden im Abstande von 4 cm von einander, genau angebend die Schambeindiastase. Kind 2700 g, 48 cm, Diam. bip. 9 cm.

Unmittelbar nach Operation Frau sehr unruhig, schlägt um sich, will sich aufraffen. Meteorismus, doch zu fester Verband? Gummibinden nachmittags gelockert, ruhiger, Morphium. Puls nach Operation 120—130, Temperatur + 37,5° C. Unruhige Nacht, Gase gehen nicht ab, kalte und warme Umschläge erfolglos, Meteorismus. Schmerzfrei. Hohe Eingiessung, Gase. Singultus und Erbrechen ohne Fieber bei Puls 120—130. 11. April schlaflose unruhige Nacht. Puls 130, T. 38,3° C. Benommenheit, Excitantia. Hohe Eingiessung wegen Meteorismus, Gase, kein Stuhl; + 39,1° C. ohne Schüttelfrost. Vaginaltampon entfernt, Symphysenwunde verklebt, Uterus gut contrahirt, keine Retention der Lochien, doch mit 2proc. Lysol ausgespült. Keine Blutung, kein Oedem. Hohe Eingiessung, Gase, Bauch kleiner. Puls kaum tastbar, Schwäche, Merkur, Einpackungen, Excitantien, Agonie, um Mitternacht Tod.

Bis Sektion Symphysenwunde per priman verklebt, bleibt vereint nach Entfernung der Nähte, genaue Adaptation, weder Blutung noch Oedem. Dammriss per primam geheilt. Epikrise Eckstein's: Eckstein will unentschieden lassen, Tod durch Degeneration des Herzmuskels oder in Folge akuter Blutintoxikation — sagen wir doch einfach Sepsis! 42jähr. erstgebärende Frau, 6 Nächte nicht geschlafen, 1 Stunde Chloroform sollen eine akute Herzschwäche motiviren, unterstützt von der unüberwindlichen Darmparalyse, möglich auch foudroyante Sepsis ohne Eiterung und Veränderung der Gewebe. Vielleicht zu lange mit Operation gewartet? Vor 8. April lehnte die Frau jeden Eingriff ab, weiter relatives Wohlbefinden der Frau und des Kindes, endlich Schwangerschaft noch nicht ganz ausgetragen, also Zuwarten nach Eckstein wohl gerechtfertigt. Perforation des lebenden Kindes schien ihm weder am 8. noch am 9. April berechtigt. Eine Zange nach Dührssen mit Incisionen wäre hier wohl erfolglos geblieben und den perforirten Kopf der spontanen Austreibung überlassen, hätte die Frau der Gefahr einer Infektion noch viel näher gebracht nach Eckstein.

Die Symphyseotomie rechnet Eckstein nicht zu den schweren Operationen, hält es aber für ganz rationell (wir werden heute wohl sagen irrationell, prinzipiell falsch. N. —) die Symphyse nicht ganz zu durchtrennen, und lieber bei der Extraktion die spontane Ruptur der stehen gelassenen Spange abzuwarten. In dieser Weise dürfte man, notabene bei kräftiger Unterstützung des Beckens von beiden Seiten, der oft foudroyanten Blutung durch Zerreissung der pars bulbosa clitoridis am leichtesten aus dem Wege gehen, wobei aber trotzdem die Gefahren anderer Weichtheilverletzungen nicht ausgeschlossen bleiben dürften". Periostnaht scheint Eckstein ausreichend.

174. Frank: 10. April 1893: 24jähr. Erstgebärende, plattes rachitisches Becken, Conj. vera 65 mm. Wendung gelang nicht, Operation bei verstrichenem Muttermunde, Blutung mit Einreissen des Septum vesicovaginale. Mutter und Kind (2820 g) gerettet. Symphysennaht, aber keine Prima reunio. Vom 3.—14. Tage Temperaturen von 38—39° C.

29. Mai Wunde noch nicht geheilt, sonst Wohlbefinden, Patientin kann aber jetzt nach 49 Tagen noch nicht gehen. (Nach persönl. Mittheilung.)

175. Schauta: 17. April 1893: 32jähr. Drittgebärende (1mal Zange, 1mal spontan). Plattes rachitisches Becken. Conj. diag. 120, vera 87 mm. Nach 48 Stunden Geburtsdauer bei Vorderscheitelbeineinstellung, grosser Kopfgeschwulst, missfarbigem Fruchtwasser Operation nach vergeblichem Versuch mit Breuss's Zange (in situ belassen), nachher leichte Extraktion. Nicht die geringste Weichtheilverletzung. 1 Silberdraht. Diastase 3 cm. Mutter und Kind (3750 g, 54 cm, Diam. bip. 9,5 cm) gerettet. Fieberhaftes Wochenbett.

25. April wegen Eiterung Entfernung sämmtlicher Nähte ausser Silberdraht, der fest liegt, aber nachgegeben hat. Ueber taubeneigrosse eiternde Wundhöhle, rechts ein bis in die Nabelhöhe reichendes Infiltrat, das auf antiphlogistische Behandlung zurückgeht. Wunde schliesst sich langsam durch Granulation. 10. Mai Silberdraht entfernt, bindegewebige Vereinigung der Symphyse mit Spalt von 1 cm trotz Knochennaht. (Nach briefl. Mittheilung.)

176. Pinard (20. Symphyseotomie in seiner Klinik): 18. April 1893: 31jähr. Fünftgebärende (1. Geburt: spontan, gut; 2.: Zange, todtes reifes Kind; 3. u. 4.: spontan, lebende Kinder). Am 15. April 3 Uhr p. merid. Blasensprung, bald darauf Wehen. Erst am 18. April liess ein Arzt die Kreissende in die Klinik bringen, weil kein Fortschritt. Conj. diag. 104 mm. Uebelriechendes, missfarbiges Fruchtwasser. Kein Fieber. Bad, Desinfection und Operation wegen Missverhältniss zwischen zu grossem Kinde bei engem Becken, Schädellage. Diastase 3,5 cm. Nach $^1/_4$ Stunde Zange angelegt, Diastase 4,6, bei Schulterdurchtritt 5,5 cm. Keinerlei Weichtheil-

verletzung. Uterus sofort ausgespült mit warmer Bijoduretlösung und Placenta entfernt durch Lepage. Das Kind asphyktisch, gelbe Hautfarbe, verbreitet üblen Geruch im Saale. Nach Insufflation nach 9 Minuten endlich belebt. Noch eine 5proc. Uterusspülung gemacht, Gaze in die Scheide, dann Wundnaht mit 3 tiefen und 4 oberflächlichen Silberdrahtnähten. Gewöhnlicher Verband, am 2. Abend + 38, am 3. Tage früh + 37, bald darauf Schüttelfrost, 1 Stunde darauf + 39,4° C. Gaze aus der Scheide, stinkender Ausfluss, continuirliche Spülung. Eihautfetzen entleert. Kaum 5 Minuten nach Einführung des Spülrohres Collaps, profuser Schweiss, Kanüle zurückgezogen, Symptome schwinden sofort. Neuer Scheidentampon, + 37,4° C. Am 4. Tage Fieber, übelriechender Ausfluss, Auswischung des Uterus mit 5proc. Carbolglycerinlösung. Gazedocht in den Uterus. Abends + 39,4, 1 Stunde später + 40,0° C. Puls 140. Bauch nicht aufgetrieben, Wunde sieht gut aus. Abermals continuirliche Uterusspülung eingeleitet, Temperatur fällt auf + 36,8° C., steigt auf + 40, fällt am 6. Tage auf + 37° C. Am 6. Tage + 38 und 38,8° C. Am 7. Tage früh: + 40,2° C. Nähte entfernt, Wunde sieht gut vereinigt aus. Schwäche. Um 2 Uhr mittags hört die Frau bei einer Wendung im Bett etwas platzen, Dehiscenz eines Theiles der Narbe mit Ausfluss eines Glases voll schwarzen, fauligen Blutes. Ausspülung der Wundhöhle (5proc. Carbol) und Drainage. Temperatur steigt auf + 41° C., Puls unzählbar. Delirien und Tod am 27. April früh 6 Uhr, also am 9. Tage nach Operation. Sektion: Operationswunde klafft theilweise in einer Höhenausdehnung einer Fingerbreite. 3 cm tiefe Wunde. Der Finger constatirt in der Symphyse eine Diastase von 23 mm und kommt in eine retrosymphysäre Wundhöhle, die noch 2 cm unterhalb des Schamwinkels reicht, nach oben überschreitet die Wundhöhle um 2 cm den oberen Symphysenrand. Keine Weichtheilzerreissungen an der vorderen Wand des Genitalschlauches.

Eine Untersuchung per vaginam hätte den retrosymphysären Erguss gewiss entdeckt und ein querer Einschnitt Hilfe geschafft. Seitlich reicht die Ergusshöhle beiderseits 5 cm weit, lauter Blutgerinnsel darin, aber kein Eiter. Uterus und Annexa sowie Peritonäum intakt, nur Peritonäum am Uebergange von der Blase auf die Bauchwand etwas abgehoben durch Blutung, entsprechend den Grenzen des Cavum Retzii. An den hinteren Gelenken keine pathologischen Veränderungen. Farabeuf injicirte bei der Sektion die Arterien und Venen, in der Operationswunde trat keine Injektionsmasse aus. Bei genauerem Präpariren entdeckt man eine mit Blutklumpen gefüllte Höhle von 11 cm Breite, das gesammte Gerinnsel in Alkohol gehärtet oben mit scharfem Rande, nach unten zu immer dicker, am Niveau des Beckeneinganges 2 cm dick (sagittal). Der Bluterguss überragte seitlich nicht die Arteriae umbilicales, nach oben zu aber um 65 mm die Symphyse. Dieser präperitoneale Blutklumpen communicirt mit dem retrosymphysären Bluterguss, nimmt das Cavum Retzii an. Der Herd unten ist Ergebniss der Schmelzung des prävesikalen Blutergusses. Das Becken

ist ein allgemein verengtes, Conj. diag. 105, vera 89 mm. Beide Hüftbeine sehr beweglich am Sacrum, links mehr als rechts. Vor jedem hinteren Gelenk das vordere Ligament 1 cm breit abgehoben, aber in den Gelenken weder Läsion noch Bluterguss. Septikämie. Kind (3700 g, Diam. bip. 9,3 cm) belebt, fieberte einige Tage bis 40,0° C., erholte sich aber bald ganz.

177. Swięcicki: 19. April 1893 (Posen): 21jähr. Erstgebärende, allgemein verengtes plattes Becken. Conj. vera 7,75 cm. Nach Operation Zange, vordere Scheidewand eingerissen. Infektion, aber Genesung. Diastase während Extraktion 4 cm. Prima reunio der Schnittwunde, 2 Wochen lang Fieber. Beckengurtverband musste schon am 6. Tage — nicht zu ertragen — entfernt werden. Nach 3 Wochen Schambeine durch eine 1 cm breite Masse fibrösen Gewebes vereint, das rechte Schambein steht etwas tiefer als das linke. Mutter und Kind gerettet. (Laut briefl. Mittheilung.)

178. Zweifel: 24. April 1893: 21jähr. Erstgebärende. 31; 27, 25; 31; 18, 25 cm. Conj. diag. 10,5 cm. Symphyseotomie 24 Stunden nach Beginn der schweren Entbindung und nach vergeblichem Versuch mit Tarnier's Zange. Nach demselben trieben die Wehen den Kopf in wenigen Minuten tiefer. Der bis dahin schlaff gewesene Muttermund wurde durch den Kopf straff gespannt. Wegen Sinken der Herztöne 12 Minuten nach Operation Zangenextraktion. Sehr grosser Kopf, gleich nach ihm ein Strom von Meconium. Ursache der Verzögerung die straff um den Hals liegende Nabelschnurschlinge. Trotzdem das Kind einmal spontan aufathmete, nicht belebt. 3550 g. Scheidewand rechts eingerissen, nach Knochen- und Hautwundennaht versuchsweise Catgutnaht der Scheidewunde. Am 3. Abend Fieber, also am 4. Scheidennaht wieder geöffnet, worauf sich eine grosse Menge übelriechenden Blutes aus dem Scheidenrisse entleerte. Bis zum 7. Tag Abfallen der Temperatur. Gutes Allgemeinbefinden. Mutter gerettet mit fieberhaftem Wochenbett, das asphyktische Kind nicht belebt.

179. Zweifel: 27. April 1893: 29jähr. Erstgebärende. Conj. ext. 17, diag. 10,5 cm. 144 cm hoch. Allgemein gleichmässig verengtes Becken II. Grades. Operation 18 Stunden nach Geburtsbeginn. Wegen drohender Uterusruptur nach vergeblichem Zangenversuche Operation. Uterus bilocularis, vagina duplex. Kind in der rechten Hälfte der Gebärmutter. Nach Operation kreisste die Frau 8 Stunden weiter, Kopf trat herab, blieb aber auf dem Beckenboden stehen. Zange. Nabelschnurumschlingung, asphyktisch, belebt.

Einriss der Scheidenwand, so dass die Knorpelwunde mit der Scheidenwunde in Verbindung stand. Der Gazestreifen wurde nach vollendeter Knochennaht entfernt, Scheide und der Riss mit trockenen Wattetupfern ausgewischt, aber

grundsätzlich die Scheidenwunde nicht genäht. Fieberfreier Verlauf. Mutter und Kind gerettet.

180. Schauta: 28. April 1893: 33jähr. Drittgebärende (1mal spontan, 1mal Wendung, todtes Kind). Plattes rachitisches Becken. Conj. diag. 104, vera 73 mm. 55 Stunden nach Wehenbeginn, 19 Stunden nach Blasensprung. Vorderscheitelbeinstellung, Kopfgeschwulst, Muttermund seit mehreren Stunden verstrichen. Nach vergeblichem Versuch mit Breuss's Zange (in situ belassen), Operation und leichte Extraktion. Keinerlei Weichtheilverletzungen.

Diastase 4—5 cm. Mutter und Kind (3950 g, 54 cm, Diam. bip. 9 cm) gerettet. Afebrile Heilung. 6. Mai Nähte entfernt, Heilung per primam. Zellgewebswunde schliesst sich langsam durch Granulation. 11. Mai Silberdraht entfernt, der stark gelockert ist. 15. Mai aufgestanden. 22. Mai Gang gut, Symphysenenden einander genähert bis auf 3 mm.

181. Krönig (Zweifel's Klinik: 13. Operation): 6. Mai 1893: 19jähr. Erstgebärende, gonorrhoisch inficirt. Conj. ext. 17,5, diag. 9,5 und 7,5, vera 6,75 cm. Schädel im 2. schrägen Durchmesser. Einfach plattes Becken II. Grades. 14 Stunden nach Wehenbeginn Geburt. Symphyseotomie, dann Zange (Dr. Krönig) bei hinterer Scheitelbeineinstellung. Mutter und Kind (3100 g, 51 cm, Diam. bip. 9 cm) gerettet.

Beginn der Narkose 12 Uhr 10 Min. nachts.

Beginn der Operation 12 Uhr 25 Min. Aethernarkose.

Scheidenspülung mit Lysol.

Schnitt in der Medianlinie 3 Querfinger oberhalb der Symphyse beginnend, bis 3 cm oberhalb der Clitoris herabgeführt.

Trennung von Haut, Fett und Fascie bis zur Symphyse. Einkerbung des Sehnenansatzes der Recti. Blutstillung. Unter Deckung des an der Hinterseite der Schamfuge herabgeführten Zeigefingers Durchtrennung der Symphyse mit geknöpftem Knorpelmesser. Die Symphyse weicht 3 cm auseinander. Stillung der Blutung aus dem prävesikalen Raume durch Jodoformgazetamponnade. Die Herztöne des Kindes haben sich beim Aussetzen der Wehen in Narkose wieder erholt. Anlegung einer Esmarch'schen Compressionsbinde um das Becken. Ende der Operation 1 Uhr mittags.

2 Uhr 25 Min. nachmittags. Die Herztöne des Kindes sinken dauernd unter 100. Beginn der erneuten Aethernarkose. Kopf im Beckenausgang, Pfeilnaht quer. Kleine Fontanelle rechts seitlich; grosse Fontanelle links seitlich. Es blutet ziemlich erheblich aus der Scheide. Reichlicher Abgang von Meconium.

2 Uhr 38 Min. wird die Zange angelegt, während die Esmarch'sche Binde das Becken comprimirt. Die Zange wird im I. schrägen Durchmesser zum Schluss gebracht. Um einen vorderen Scheidenriss zu vermeiden, wird nur in I. Position gezogen; zwei seitliche Scheidendammincisionen. Extraktion des Kindes vollendet 2 Uhr 40 Min. Das Kind, asphyktisch, wird bald wieder belebt.

2 Uhr 45 Min. Geburt der Placenta mittels Credé. Ein vorderer Riss nicht entstanden.

Rechts seitlich ein Scheidenriss entstanden, oberflächlich, der stark blutet und mit Catgutknopfnähten vereinigt wird.

Naht der Episiotomien. Tamponnade der Scheide mit Jodoformgaze.

Bei Entfernung der Tamponnade aus dem Symphysenspalt blutet er wieder ziemlich erheblich.

Naht der Symphyse mit zwei Catgutknopfnähten. Tamponnade der Wundhöhle mit Jodoformgaze, die zum oberen und unteren Wundwinkel herausgeleitet wird. Naht der Fascie und Haut.

Cirkuläre Heftpflasterstreifen um das Becken gelegt. Ende der Operation 4 Uhr 10 Min.

Am 13. Mai Harn etwas trübe. Blasenausspülung mit Sol. arg. nitrici. Hautwunde verheilt bis auf eine kleine Fistel im unteren Winkel, aus der sich am 16. Mai reichlich Eiter entleert. (Nach briefl. Mittheilung.)

182. Abel (Zweifel's Klinik: 14. Operation): 13. Mai 1893: 28jähr. Erstgebärende. 32, 27, $25^1/_2$, $17^1/_2$ cm. Conj. vera $7^1/_3$ cm. Wehenbeginn 11. Mai 4 Uhr früh, Blasensprung 9 Uhr abends, 52 Minuten später Kind geboren. Rachitisches Becken. Symphyseotomie ausgeführt von Dr. Abel bei verstrichenem Muttermunde. Sofortige Diastase 3 cm. 1 Stunde nach der Operation Durchbluten durch die Tampons, also Nachtamponnade. Operation 5 Uhr 7 Min. nachmittags, 9 Uhr 13 Min. abends Blasensprung, 9 Uhr 52 Min. Kind spontan ausgetrieben. Scheidenincisionen gemacht. Um 10 Uhr abends unter neuer Narkose Naht der Symphysenwunde: 2 Catgutfäden durch die Knochen, Fascie mit Catgut, Hautwunde mit Catgut und Silkworm vereint. Dann Heftpflasterverband um das Becken. Placenta exprimirt. Nach Symphyseotomie Esmarch's Compressionsbinde um das Becken gelegt. Beim Durchbohren der Symphysenstümpfe brach ein 2 cm langes Stück des Drillbohrers ab und liess sich nicht entfernen. Naht der Fascie und Hautwunde nach Austamponiren des retrosymphysären Raumes mit Jodoformgaze.

16. Mai. Gutes Allgemeinbefinden; keinerlei Schmerzen, stark eitriger Wochenfluss, übelriechend. Uterusausspülung mit Lysol. Die Lochien enthalten zahlreiche Kokken und Stäbchen. Urin etwas bluthaltig. (Nach briefl. Mittheilung.)

183. Küstner (Dorpat), ? 1893: Viertgebärende, plattes Becken. Conj. vera 80 mm. Cervixdehnung, volle Dilatation, Meconiumabgang. Vergeblich Tarnier's Zange. Nach Operation Knorpel, Fascien und Weichtheilnaht.

Mutter und Kind gerettet. (Breslauer V. Kongress deutscher Gynäkologen im Mai 1893.)

184. Renssen (Arnheim): ? 1893. Mutter und Kind gerettet. (Details der Entbindung nicht veröffentlicht bisher.)

185. Müllerheim (Freund's Klinik: 11. Juli 1892: Eva W. Vesicovaginalfistel. Mehrmonatlich eiternde Fisteln an der Bauchwunde.

Lebendes Kind. Befund 7 Monate nach Operation: 9. Februar 1893: den ganzen Winter grosse Schmerzen, Wunde eitert immer noch etwas. Nach Abgang eines Knochensplitters aus der Wunde liessen Eiterungen und Schmerzen nach. Häufiger Drang zum Urinlassen. Mit der Arbeit geht es immer ziemlich gut, nur tritt leichter Ermüdung abends ein. Ueberhaupt wird sie eher müde bei der Arbeit als früher. Kreuzweh selten. Senkungsgefühl; starker Prolaps, der zwar schon früher bestand, aber stärker geworden ist. Gehen, Bücken ohne Beschwerden. Sie versieht lediglich den Haushalt und geht nur mit Binde. Symphyse klafft vorn und hinten um $^3/_4$ cm. Sacroiliacalgelenk zeigt ausgiebigere Verschieblichkeit, als es sonst bei nicht symphyseotomirten Frauen gefunden wird. Im Oktober Fisteloperation. Heilung.

186. Ries (Freund's Klinik: 3. Operation): 5. Oktober 1892: 31jähr. Frau, Margarete St., todtes Kind. Späterer Befund: Die Frau giebt an, früher einen Kübel Wasser (2 Eimer Inhalt) habe heben zu können, jetzt trüge sie nur einen Eimer, den sie bloss zur Hälfte füllen dürfte. Sie versehe nur ihren Haushalt, leiste zwar darin die schwersten Verrichtungen, aber mit grösserer Mühe als früher. Sie klagt über viel Kreuzweh, meist auf der linken Seite. Der Schmerz zieht sich bis ins „dicke Fleisch des Oberschenkels". Beim Treppensteigen verliere sie öfter Urin und habe Schmerzen „vorn am Knochen"; beim Husten ginge auch Wasser ab. Die Incisionswunde auf dem Mons Veneris zeigt 2 kleine noch eiternde Fisteln. Rechts und links im Unterleibe Schmerzen. Die Symphyse klafft nur 1 cm vorn. Bei Bewegung der Beine, starkem Beugen der Beine krepitirt die Symphyse deutlich hörbar und es hebt sich besonders das linke Schambein über das rechte, die linke Kreuzbeingegend ist druckempfindlich. Beweglichkeit im Stehen wegen der Empfindlichkeit nicht geprüft. Gang der Frau einige Wochen nach der Geburt hinkend geworden.

Müllerheim giebt für alle 3 Operationen aus Freund's Klinik mangelhafte Verwachsung der Symphyse als Folge an. „In allen 3 Fällen Schambeine voneinander klaffend und verschieblich in weit höherem Grade, als es sonst beobachtet wurde. In 2 Fällen ist auch eine Lockerung der Ileosacralgelenke zu constatiren. Im 3. Falle ist zwar keine Verschieblichkeit in diesem hinteren Gelenk vorhanden, aber hinkender Gang der Frau. In allen 3 Fällen findet sich starker Prolapsus vaginae, der zwar im Fall 2 schon vorher in geringerem Grade bestanden hat. Alle 3 Frauen klagen über zeitweise auftretenden unwillkürlichen Harnabgang; ebenfalls ist bei allen 3 Operirten verminderte Arbeitsfähigkeit eingetreten. Mit Binde sind sie besser zur Arbeit fähig als ohne diese." Bezüglich der am 29. April 1892 von Prof. W. A. Freund operirten Frau Ottilie O., die 8 Monate nach der Operation wieder untersucht wurde, sagt Müllerheim (l. c.: b. S. 35): „Kind kräftig entwickelt. — Bei der Operirten Prolaps der vorderen Vaginalwand. Zuweilen unwillkürlicher Wasserabgang, auch ohne Husten, ohne Lachen, Wunde am Mons Veneris glatt verheilt. Die

Schambeine klaffen an der Symphyse um fast 1 cm; die Schnittränder sind scharfkantig und sehr deutlich durch die Haut durchzufühlen. Ausgiebige Beweglichkeit der Schambeinäste, viel leichter als sonst bei Gravidae und Puerperae gefunden wurde. Hinterfläche der Symphyse klafft um mehrere Millimeter, auch dort sind die Ränder des Schnittes scharf zu fühlen. Nirgends callöse Verdickung. Sacroiliacalgelenke beiderseits deutlich beweglich und zwar in grösserem Maasse, als die Lockerung sonst bei Wöchnerinnen beobachtet wurde. Zahlreiche perimetritische Stränge. Meyer'scher Ring Nr. 75 hebt den Prolaps nicht gut und beseitigt die zeitweilige Incontinentia urinae nicht vollständig. Frau O. giebt an, früher zu jeder Feldarbeit fähig gewesen zu sein, jetzt sei sie nicht mehr dazu im Stande und müsse sich auf die Arbeit im Haushalte beschränken. Dies geschehe stets mit Binde und „ohne Binde könne sie nichts machen! (Klaes'sche Binde). Am Abende und beim Arbeiten habe sie oft Kreuzweh, besonders an der linken Seite."

187—190. 4 Operationen von Fritsch, der keine von den 4 Operirten verlor.

191. Eine Operation von Pasquali in Rom. (Details mir zur Zeit unbekannt.)

192—200. 9 weitere Operationen aus der Klinik des Herrn Professor Gustav Braun in Wien: siehe die Tabellen.

201. Horatio R. Holmes (Portland, Oregon): 19. März 1893: 23jähr. Erstgebärende, enges Becken, Conj. vera 76 mm. Operation in der Privatpraxis. Zange: Mutter und Kind (Diam. bip. 9,5 cm, $7^1/_2$ Pfund) gerettet.

202. Walter L. Taylor (Cincinnati, Ohio): 30. März 1893: 28jähr. Erstgebärende. Osteomalacie. Conj. vera 70 mm. Mutter und Kind (9 Pfund, Diam. bip. $3^1/_2$ Zoll) gerettet. [Cincinnati Lancet clinic. June 3. 1893. — 650. — 52.]

203. Gustav Zinke (Cincinnati, Ohio): 8. Mai 1893, Operation in der Privatpraxis, nach 72stündiger Geburtsdauer bei einer 32jähr. Sechstgebärenden Zange, Mutter und Kind gerettet.

204. Robert L. Dickinson (Brooklyn): 13. Juni 1893: 26jähr. Zweitgebärende. Allgemein ver. plattes Becken. Conj. vera $3^1/_4$—$3^1/_2$ Zoll. Nach 12stündiger Geburtsdauer Operation, Zange. Mutter und Kind ($7^1/_2$ Pfund, Diam. bip. 4 Zoll) gerettet. Diastase 2 Zoll.

205. Robert A. Murray (New York): 23. Juni 1893: 36jähr. Frau. Schädellage. Mutter und Kind gerettet.

206. Anna E. Broomall: 26. Juni 1893: 42jähr. Zwölftgebärende (10 Kinder todt geboren, 1 lebend bei künstlicher Frühgeburt). 3 Tage Geburtsdauer. Nach Operation Zange. Tod der Mutter am 7. Juli. Sepsis. Zersetzter Blutklumpen in der Wunde.

207. Barton Cooke Hirst: 27. Juni 1893: Rachitische Frau, nur 1 Kind vorher lebend geboren bei künstlicher Frühgeburt von 33 Wochen. Jetzt nach Operation Wendung. Mutter und Kind gerettet.

[Die Kenntniss dieser letzten 7 Fälle verdanke ich einer brieflichen Mittheilung des Herrn R. Harris.]

208. Ischiopubiotomie nach Farabeuf's Vorschlage von Pinard mit glücklichem Ausgange für Mutter und Kind ausgeführt bei schräg verengtem Becken am 9. November 1892: 32jähr. Fünftgebärende, Trémoulet (Annales de Gynécologie, Février 1893 S. 139). Als Kind mit 18 Monaten gehen gelernt, dann 10 Monate zu Bett gelegen wegen Krankheit, dann wieder gegangen, aber bis zum 14. Lebensjahr sehr schwächlich geblieben. Am 1. Mai 1887 erste Entbindung in der Maternité des Cochin-Spitals (Dr. Bouilly), früh 2 Uhr Wehenbeginn, abends 7 Uhr Blasensprung. O. I. D. A. Nabelschnurvorfall. Vergebliche Zange, innere Wendung, Basiotrypsie am nachfolgenden Kopfe. 28. Mai 1888 2. Entbindung: Pinard diagnosticirte schräg verengtes Becken mit rechtsseitiger Ileosakralankylose und rief gegen Ende des 8. Monats die Frühgeburt hervor nach äusserer Wendung auf den Steiss. Rumpf leicht extrahirt, Kopf schwer mittels des Manoeuvers von Champetier de Ribes. Kind belebt, starb nach 5 Monaten. 25. Mai 1890 3. Entbindung in Tulle: Ein Arzt legte 5mal vergeblich die Zange, ein zweiter Arzt zum 6. Male, vergeblich, Wendung, aber Kopf folgt bei Extraktion nicht. Kraniotomie gelingt nicht. 7. Zange scheitert. Man wickelte den Rumpf in ein Handtuch und gab ihn dem Schwager der Frau zum Halten, er musste sich dann mit einem Fusse gegen die Bettkante stützen und aus aller Kraft anziehen, während einer der Aerzte auf den Unterkiefer einen Druck nach unten ausübte und ein Kutscher von rechts nach links und oben nach unten auf den Bauch der Frau drückte. „Cette trinité synergique triompha enfin de l'obstacle et la tête fut extraite". Am 24. September 1891 die 4. Entbindung in der Clinique Baudelocque: künstliche Frühgeburt, 2 Zangenanlegungen, Nabelschnurvorfall, todtes Kind. — Jetzt trat die Frau am 29. September 1892 ein und verlangte durchaus „ein lebendes Kind!"

Pinard dachte zunächst an die Symphyseotomie, zögerte aber bald in der Voraussicht, die Beckenerweiterung werde so eine ungenügende werden. Conj. diag. nur etwa 85 mm. Die künstliche Frühgeburt war bei dieser Frau schon zweimal vergeblich angewandt, nur ein Kind lebend entwickelt worden. Professor Krassowski, der anwesend war, rieth Kaiserschnitt oder Symphyseotomie, aber Pinard wollte nicht das Leben der Mutter auf das Spiel setzen. Schwangerschaftsende abwarten und Symphyseotomie, da werde sich nur eine Beckenhälfte erweitern, künstliche Frühgeburt mit Symphyseotomie werde wohl genügend Raum schaffen, „mais chacun sait combien, surtout dans les bassins asymétriques, les procidences sont à craindre," Pinard fürchtete den schon einmal deletär gewordenen Nabelschnurvorfall. Pinard setzte sich mit Farabeuf in Verbindung, der ihm am 25. Oktober schrieb: wenn die Conj. diag. nur 80 mm betrage (Pinard hatte ihm 85 angegeben), „l'ischio-pubiotomie laissera passer une tête plus grosse que nature; j'espère donc que si vous libérez les os, l'enfant vous tombera dans les mains." Nach verschiedenen Leichenversuchen

wartete also Pinard das Schwangerschaftsende ab und entschloss sich Farabeuf's Rath zu folgen.

8. November 3 Uhr nachmittags Wehenbeginn, 9. November früh 5 Uhr Operation, nachdem der horizontale Schambeinast und der ischiopubiale Schenkel der ankylosirten Beckenhälfte durchsägt waren im Abstande von 5 cm von der Mittellinie, Tarnier's Zange, oberhalb des Beckeneinganges „et sans tirer, pour ainsi dire, j'amenais un enfant vivant pesant près de 4 kilogrammes (3,970 g)".

„L'opération fut relativement facile et je n'eus de difficulté que pour passer la scie à chaîne destinée à couper la branche horizontale du pubis. Avec une aiguille convenable, cette difficulté disparaîtra." Blutung so minimal, dass keine einzige Klemme zur Verwendung kam. Die sofortige spontane Diastase betrug 2,6 cm, während der Extraktion 4 cm. Die Knochensägeflächen legten sich von selbst so genau an einander, dass Pinard von einer Knochennaht Abstand nahm, nur die Weichtheile vernähte und die Frau dann in sein Specialbett für Symphyseotomirte legte. Verlauf sehr gut, einzige Complikation eine kleine Eschara am Kreuzbein vom langen Liegen. Prima reunio, 17. November Nähte entfernt, am 20. November sass die Frau auf im Bett, am 19. December geht sie zum ersten Male 2 Stunden einher, wohlauf. Kind wiegt jetzt beinahe 5500 g. Mutter und Kind gerettet. Details des Operationsplanes genau nach Farabeuf's Angaben.

Diese Pinard'sche Operation und sein Vorschlag, dieselbe „die Farabeuf'sche Operation" zu nennen, hat bekanntlich sehr unerquickliche Erörterungen in der Akademie zur Folge gehabt, indem Charpentier das Verfahren für ein keineswegs neues erklärte, sondern nur für eine neue Auflage des Verfahrens von Stoltz, dem die Priorität gehöre; der Unterschied beruhe einzig und allein darauf, dass Stoltz subcutan die Nadel und Kettensäge durchführen wollte, Pinard aber mit langem Hautschnitt das Terrain nach Farabeuf blosslegte, ferner habe Stoltz dicht neben der Symphyse operiren wollen, Farabeuf aber 5 cm lateralwärts von derselben. Wenn auch thatsächlich Farabeuf's Vorschlag nicht etwas „noch nie Dagewesenes" bringt, so ist doch sein Verfahren hier auch praktisch erhärtet worden, hat die Feuertaufe empfangen, während Stoltz nur einen theoretischen Vorschlag machte, ohne ihn je auszuführen, andrerseits ist ja die Idee der Durchsägung der vorderen Beckenringwand kaum 35 Jahre jünger als die Symphyseotomie und kommen im Princip alle die Modifikationen, nicht innerhalb der Symphyse zu operiren, sondern einoder beiderseitig lateralwärts Sägeschnitte zu führen, wie sie der Reihe nach von Champion (vor 1821), Cattolica (1826), Pitois (1831), Galbiati (1832), Stoltz (1838—1844), Farabeuf (1892) gemacht wurden, auf dieselbe Grundidee hinaus. Varnier hat („Histoire de la Pelvitomie". Annales de Gynécol. Févrir 1893 S. 89—109) diese Frage ausführlich erörtert, wir kommen später darauf zurück.

Statistische Uebersicht der seit 1887 vollzogenen Scham

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
							18
1	8. I. 1887	Novi (Neapel)	27jähr. rachit. Frau	81 mm	6 Stunden	—	Schädel
2	11. III. 1887	Novi	De Coribus, Celeste I-p. ausgetr. Schw.	67	—	—	Steiss
3	21. IV. 1887	Novi	Candelieri, Francesca I-p. ausgetr. Schw.	81	19 Stunden	—	Schädel
4	25. VIII. 1887	Mancusi (Neapel)	Fiore, Filomena 21jähr. II-p. ausgetr. Schw.	platt. rach. Becken, Conj. v. 70, diag. 85	15 Stunden	Zangenversuch	Schädel O. I. D. T.
							18
5	8. II. 1888	? (Neapel) (Incurabili)	Ruggero, Franc. I-p. ausgetr. Schw.	rachit. Becken, Conj. v. 75	48 Stunden	Zangenversuch	Schädel
6 (s. Fall 55)	20. II. 1888	Morisani (Neapel)	Liquori Anna, 15jähr. I-p. ausgetr. Schw.	platt. rach. Becken, diag. 85, vera 70	3 Tage, 52 Std. nach Wasserabfluss	Wendungs- und Zangenversuch	Schädel bei Armvorlage O. I. D. T.
7 (s. Fall 19)	5. III. 1888	Morisani	Mazza, Concetta 25jähr. I-p. ausgetr. Schw.	platt. rach. Becken, diag. 88, vera 70	Blase erhalten, Eröffnung voll	—	Schädel O. I. S. T.
8	2. VIII. 1888	? (Incurabili)	Amoroso, Marianna 17jähr. I-p.	allg. verengtes Becken, Conj. v. 67	24 Stunden	—	Schädel
9	15. VIII. 1888	Mancusi	Scarpellini, Lucia 28jähr. II-p. (erste Entb. Kephalotrypsie)	65	—	—	Schädel O. I. D. T.
10 (s. Fall 21)	17. VIII. 1888	Martino (Neapel)	Spalice, Franc. I-p. ausgetr. Schw.	rachit. Becken 74	12 Stunden	—	Schädel
11	20. X. 1888	Olivieri (Neapel)	Di Pietro, Angela 22jähr.	asym. rach. Becken 70	96 Stunden	Zangenversuch	Schädel

fugenschnitte (einschliesslich einer sogen. Pelvitomie).

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
87.						
Schädel	Zange	genesen	lebend (Knabe) 3000 g	Urethrovaginalfistel, später operativ geschlossen	—	citirt nach Harris.
—	Extraktion an den Füssen	genesen	lebend	Secunda intentio, 10. IV. geheilt	—	cit. nach Morisani's letzter Tabelle.
—	—	genesen	lebend	Reunio per sec. int.	am 29. V. geheilt	ebenda.
Schädel	Zange	genesen	lebend (Knabe) 3050 g Diam. bip. 8,8 cm	Reunio per sec. int.	Pubiotomie mit Kettensäge, Sutur und Drainage	ebenda.
88.						
Schädel	Zange	genesen	lebend	Reunio per sec.	entlassen 24. II.	ebenda.
—	Zange	genesen	lebend 2920 g Diam. bip. 9,2 cm	Eiterung zweier Stichkanäle, Parametritis, Heilung	Falcetta. Mayor'sche Binde um die Beine	ebenda und nach Caruso u. Spinelli.
Schädel	nach Eihautsprengung Nabelschnurvorfall, Zange	genesen	lebend 3080 g Diam. bip. 8,5 cm	Prima reunio, 15. Tag entlassen	Falcetta zerbrochen, Knopfbistouri, Naht (siehe Fall 19)	nach Morisani.
Schädel	Zange	genesen	lebend	Sec. int. geheilt 10. IX.	—	nach Morisani.
Füsse	Wendung	genesen	lebend 3240 g Diam. bip. 9,2 cm	nach 12 Tagen aufgestanden, Prima reunio	während Wendung Verschiebung der Schambeinenden aneinander, das rechte höher als das linke	nach Caruso.
Schädel	—	genesen	lebend	Sec. int. fieberhaft. Wochenb.	geheilt 1. X.	nach Morisani.
Schädel	—	todt	lebend	Septikämie	—	nach Morisani.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
							18
12	28. I. 1889	Morisani	Giustiniani, Anna 24jähr. I-p. ausgetr. Schw.	platt. rach. Becken 81 u. 67	12 Stunden	—	Schädel O. I. S. T.
13 (s. Fall 4)	2. V. 1889	Mancusi	Fiore, Filomena 23jähr. II-p. (s. Fall 4)	Conj. v. 70 Conj. d. 85	1 Stunde nach Blasensprung	Zange vor der Operation angelegt, bleibt in situ liegen	Schädel O. I. D. T.
14	3. VII. 1889	Novi	Parma, Maria 35jähr. I-p. ausgetr. Schw.	rachit. Becken Conj. v. 70	—	—	Steiss
15	14. VII. (11. VII. ?) 1889	Novi	Vigliani, Gaetana 37jähr. multipara	—	18 Stunden	Zangenversuch	Schädel
16 (s. Fall 26)	19. IX. 1889 (12. IX. ?)	Mancusi	Protaro, Maria 22jähr. II-p. ausgetr. Schw. (erste Entb. Embryotomie)	rachit. Becken 93 u. 78	—	Zangenversuch	Schädel
17	7. X. 1889	Scibelli (Neapel)	Tortora, Franc. 21jähr. I-p. ausgetr. Schw.	rachit. Becken Conj. v. 75	18 Stunden	—	Schädel
18	28. X. 1889	Novi	Perozzi, Maria 21jähr. II-p. (Entb. spont. praem. 7mon. todtes Kind)	rachit. Becken 67	12 Stunden	—	Schädel
							18
19 (s. Fall 7)	20. II. 1890	Morisani	Mazza, Concetta 27jähr. II-p. ausgetr. Schw.	platt. rach. Becken 88—70	—	—	Schädel O. I. S. T.
20	28. III. 1890	Morisani	De Siena, Vincenza 19jähr. I-p.	rachit. Becken 88—70	24 Stunden nach Wasserabfl.	—	Schädel O. I. S. T.
21 (s. Fall 10)	1. IV. 1890 (4. ?)	Novi	Spalice, Francesca 21jähr. II-p.	rachit. Becken Conj. v. 74	—	—	Schädel
22	4. V. 1890	Campione (Bitonto)	Tarantino, Anna 25jähr. VII-p. (5spont. Entbind., die 6. Zange)	Osteomalacie Conj. v. 75	24 Stunden	Zangenversuch	Schädel

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
89.						
Schädel	Zange	genesen	lebend (Knabe) 45cm, 2520g, D.bip. 8,5 cm	Prima reunio	entlassen 12. Tag	nach Caruso und Morisani.
Schädel	Zange	genesen	lebend 3610 g, Diam. bip. 9,0 cm	glatte Heilung	zum zweiten Male Symphyseotomie (s. Fall 4). Operation mit Scalpell von Mancusi angegeben, mit Protector versehen	nach Morisani und Caruso.
Füsse	Extraktion an den Füssen	genesen	lebend	geheilt 22. VII. Reunio per sec. int.	—	nach Morisani.
Schädel	—	genesen	lebend	geheilt 29. VII. Reunio per sec. int.	—	nach Morisani.
Schädel	Zange	genesen	lebend 3320 g, Diam. bip. 9,0 cm	glatte Heilung binnen 8 Tagen	Schnitt mit Mancusi's Scalpell	nach Morisani.
Schädel	Zange	genesen	lebend	Vesicovaginalfistel von Morisani verschlossen	Falcetta	nach Caruso und Morisani.
Schädel	Zange	genesen	lebend 5000 g, Diam. bip. 10 cm	fieberhaftes Wochenbett	Heilung per secundam. Extraktion	nach Morisani (Harris' Angaben etwas abweichend).
90.						
Füsse	Wendung	genesen	lebend 2600 g, Diam. bip. 9,0 cm	Prima reunio am 10. Tage geheilt	zum zweiten Male Symphyseotomie (s. Fall 7)	nach Morisani.
Füsse	Wendung	genesen	gestorben 3250 g, Diam. bip. 9,5 cm	Prima reunio am 10. Tage geheilt	Kind starb nach 12 Stunden	nach Morisani.
Schädel	Zange	genesen	lebend	Reunio per sec. int.	zum zweiten Male Symphyseotomie (s. Fall 10)	nach Morisani.
Schädel	Zange (schwere Extraktion)	genesen	lebend	geheilt am 35. Tage	—	nach Morisani.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
23 (s. Fall 30)	30. V. 1890	Morisani	Connola, Nunziata 31jähr. II-p. (1. Entb. künstl. Frühgeburt im 8. Monat, Zange, todtes Kind, jetzt ausgetr. Schw.)	rachit. Becken 94—79	24 Stunden nach Wasserabfluss	—	Schädel O. I. S. T.
24	22. IX. 12. (?) 1890	Martino	N. N. 24jähr. I-p. ausgetr. Schw.	Conj. v. 67	—	—	Schädel mit Nabelschnurvorfall
25	12. XI. 1890	Morisani	Gallizia, Filomena 35jähr. II-p. (1. Entb. künstl. Frühgeburt im 8. Monat, Forceps, lebendes Kind)	rachit. Becken 87—72	trat kreissend ein	—	Schädel

18

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
26 (s. Fall 16)	18. II. 1891	Mancusi	Protario, Maria III-p. ausgetr. Schw.	rachit. Becken 93 u. 78	—	—	Schädel O. I. S. T.
27	22. IV. 1891	Postiglione (Neapel)	Di Nacei, Concetta 23jähr. I-p. ausgetr. Schw.	rachit. Becken 80	4 Tage	—	Schädel O. I. S. T.
28	9. VI. 1891	Caruso (Neapel)	Vacca, Anna 24jähr. II-p. (1. Entb. ausg. todte Frucht)	rachit. Becken 85 u. 70	84 Stunden	—	Schädel O. I. S. T.
29	10. VII. 1891	Mancusi	Tomas, Maddalena 24jähr. I-p. ausgetr. Schw.	Conj. v. 60 Diam. biischiad. 35	12 Stunden	—	Schädel
30 (s. Fall 23)	10. VII. 1891	Morisani	Connola, Nunziata 32jähr. III-p.	rachit. Becken 94—79	stehende Häute	—	Schädel
31	15. IX. 1891	Morisani	Bifolvo, Domenica 20jähr. I-p.	Conj. v. 67	—	—	Schädel
32 (s. dritte Statistik Morisani's Fall 18)	25. IX. 1891	Morisani	Adamo, Concetta 32jähr. IX-p. ausgetr. Schw. Bei der 8. Entb. Symphyseotomie	rachit. Becken 87—70	vor einigen Stunden Blasensprung	—	Schädel

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Zange	genesen	lebend 3050 g, Diam. bip. 9,5 cm	Prima reunio, am 13. Tage entlassen	—	nach Morisani.
Schädel	Zange	todt	todt	Tod an Metroperitonitis	—	nach Morisani.
Schädel	Zange	genesen	lebend 2920 g, Diam. bip. 85 mm	Prima reunio	am 13. Tage aufgestanden	nach Morisani.

91.

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Zange	genesen	lebend 7030 g, Diam. bip. 9,0 cm	Prima reunio, am 8.Tageaufgestanden	2. Symphyseotomie (siehe Fall 16)	nach Morisani.
Schädel	Zange	genesen	lebend 3250 g, Diam. bip. 9,5 cm	Fist. urethrovagin.	Operation mit Mancusi's Scalpell begonnen, mit Knopfbistouri beendigt	nach Morisani.
Schädel	Zange	genesen	todt 4200 g, Diam. bip. 9,1 cm	Prima reunio, am 20. Tage aufgestanden	mit Knopfbistouri	nach Caruso.
Füsse	Zange, dann Wendung, Extraktion an den Füssen	genesen	lebend 2950 g, Diam. bip. 8,7 cm	Prima reunio, Fistul. vesicovaginalis	—	nach Morisani.
Schädel	Zange	genesen	lebend 3150 g, Diam. bip. 9,3 cm	Prima reunio, am 8. Tage geheilt	—	nach Morisani.
Schädel	Zange	genesen	lebend geboren, bald gestorben	Kind starb an einem Entwickelungsfehler	—	nach Morisani.
Schädel	Zange	genesen	lebend 3250 g, Diam. bip. 7,7 cm	Prima reunio	2. Symphyseotomie (s. dritte Statistik Morisani's Fall 18)	nach Morisani.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
33	19. XI. 1891	Laccetti (Neapel)	Prelisse, Antonietta 18jähr. I-p. ausgetr. Schw.	rachit. Becken Conj. v. 70	—	—	Schädel O. I. S. T.
34	20. XI. 1891	Morisani	Fisischella, Maria 27jähr. I-p. ausgetr. Schw.	rachit. Becken 85—70	12 Stunden	—	Schädel O. I. D. T.
35	28. XI. 1891	Morisani	Aiello, Antonietta 28jähr. III-p. spont. Frühgeb. am Ende des 8. Monats	rachit. Becken 76 u. 63	—	—	Schädel O. I. S. T.
36	16. XII. 1891	Novi	24jähr. I-p.	rachit. Becken Conj. v. 67	—	—	Schädel
37	22. XII. 1891	Olivieri	Romano, Giovanna 21jähr. I-p.	rachit. Becken Conj. v. 67	—	—	Schädel
38	13. I. 1892	Novi	Panza, Giovannina 18jähr. I-p.	rachit. Becken Conj. v. 70	tritt kreissend ein	—	Schädel
39	4. II. 1892	Pinard (Paris) (I)	N. N. 32jähr. II-p. $8^{1}/_{2}$Mon.schw. (erste Entb. Embryotomie)	rachit. Becken Conj. v. 97	—	—	Steiss
40	7. II. 1892	Caruso	De Angelis, Emanuela 32jähr. IV-p. (vorher 3 Abortus)	allgem. verengtes Becken 85—70	5 Stunden nach vorzeitigem Blasensprung	—	Beckenendlage mit Vorfall des l. Knies
41	22. II. 1892	Pinard (II)	22jähr. I-p. ausgetr. Schw.	platt. rachit. Becken	—	künstliche Blasensprengung, 2 Zangenvers.	Schädel
42	23. III. 1892	Pinard (III)	30jähr. IV-p. $8^{1}/_{2}$Mon.schw. (1. Entb. künstl. Frühgeb., todtes Kind, 2. Frühgeburt, todtes Kind, 3. Zange, lebendes Kind, nach 2 Wochen gestorben)	allgem. verengtes Becken Conj. diag. 90	—	künstliche Frühgeburt, 3maliger Zangenversuch	Schädel

18

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Zange	genesen	lebend 3000 g, Diam. bip. 9,5 cm	—	—	nach Harris, Morisani und Caruso.
Schädel	Zange wegen Dammresistenz	genesen	lebend 3500 g, Diam. bip. 8,5 cm	glatte Heilung	—	nach Morisani und Caruso.
Schädel	Zange (leichte Extraktion)	genesen	lebend 2100 g, Diam. bip. 8,5 cm	Prima reunio	(1. Entbind. 1885, künstl. Frühgeburt im 7. Monat, Wendung, todtes Kind. 2. Schwangerschaft spont. Abort.)	nach Morisani.
Schädel	Zange	genesen	starb am 1. Tage	glatte Heilung	—	citirt nach Harris.
Schädel	Zange	genesen	lebend	Per sec. int. Heilung	am 10. I. 1892 geheilt entlassen	nach Morisani.

92.

Schädel	Zange	genesen	Kind vorher abgestorben	Heilung per sec. int.	Morisani hält d. Operation b. todtem Kinde für nicht indicirt	nach Morisani.
Steiss	Extraktion an den Füssen	genesen	lebend 3350 g, starb nach 3 Tagen	Prima reunio	Knopfbistouri	nach Pinard.
—	Extraktion an den Füssen	genesen	lebend 3000 g, Diam. bip. 9,0 cm	glatte Heilung	—	nach Caruso.
Schädel	Zange	genesen	lebend 4670 g	am 35. Tage aufgestanden	—	nach Pinard.
Schädel	Zange	genesen	lebend (Knabe) 2730 g, Diam. bip. 9,7 cm	am 29. Tage aufgestanden, glatte Heilung	Diastase 1 cm, bei Schenkelabduction 4,8 cm, bei Zange 6,5 cm	nach Pinard.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
43	7. IV. 1892	Morisani	Amoroso, Francesca 22jähr. II-p. ausgetr. Schw.	rachit. Becken 88 u. 75	10 Stunden	—	Schädel
44	29. IV. 1892	Freund (Strassburg) (I)	34jähr. III-p. (erstes Kind todt, zweites mit Zange lebend)	plattes Becken Conj. diag. 100 mm	6 Tage nach Geburtsbeginn, 2 Tage nach Wasserabfl.	—	Schädel
45	30. IV. 1892	Truzzi (Novara)	Pavesi, Rosa 45jähr. IX-p. (vorher 8 todte Kinder geb.)	plattes Becken 95—75	—	Discisionen des Muttermundes und Zangenversuch	Steiss
46	3. V. 1892	Varnier (Pinard's Klinik) (IV)	26jähr. IV-p. 8mon. Schw. (1. Entb. Embryotomie, 2. Entb. künstl. Frühgeb., 8 Mon., asphykt. Kind, starb bald, 3. Entb. künstl. Frühgeburt, Basiotrypsie)	rachit. Becken Conj. diag. 98 mm	—	künstl. Frühgeburt, Mitte des 8. Monats	Schädel
47	15. V. 1892	Duchamp (St. Etienne)	23jähr. I-p.	Conj. vera 87 mm	langsame Geburt	vergeblich Zange, im Eingang Dilatation durch Champetier's Ballon	Schädel
48	25. V. 1892	Leopold (Dresden) (I)	37jähr. IV-p. (2 todte Kinder mit Zange, eins vorzeitig geboren, abgestorben)	allg. vereng. rach. Becken Conj. vera 67,5 mm	binnen 9 Stunden nach Wasserabfl.	—	Schädel
49	27. V. 1892	Tarnier (Paris)	31jähr. V-p. im 9. Mon. der Schw. (vorher 3mal Kephalotrypsie, 1mal Basiotrypsie)	rachit. Becken Conj. vera 75 mm	—	künstl. Frühgeburt	Schädel
50	29. V. 1892	Pinard (V)	38jähr. VI-p. ausgetr. Schw. (1. Entb. Basiotrypsie; 2. Entb. künstl. Frühgeb., todtes Kind; 3. Entb. Zange, Kind starb bald; 4. u. 5. Schw. Abort)	Conj. diag. 93 mm	29 Stunden	—	Schädel

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Zange	genesen	lebend 2690 g, Diam. bip. 8,4 cm	glatte Heilung	—	nach Morisani.
Schädel	—	genesen	lebend 4000 g, Diam. bip. 11 cm	fieberhaftes Wochenbett, Haematoma labii pudendi unius, Haematuria, Symphyse klafft später etwas, erst nach 2 Monaten freier Gang	spontane Austreibung unterstützt durch Ritgen's Handgriff. Lig. arcuatum erst nachträglich durchschnitten wegen ungenügender Diastase	nach Müllerheim.
Schädel	Wendung auf Kopf und Zange	genesen	lebend 3440 g, Diam. bip. 9,2 cm	Prima reunio	Rigiditas colli uteri	nach Morisani.
Schädel	Blasensprengung Zange	genesen	asphykt. geboren, starb am 3. Tage, 1950 g, Diam. bip. 8,2 cm	Abscess einer Schamlefze, fieberhafte Convalescenz, am 26. Tage aufgestanden	nach 50 Tagen geheilt entlassen	nach Pinard.
Schädel	Zange	genesen	asphykt. gebor., belebt, nach 35 Std. gestorben, Diam. bip. 105 mm	Mutter erst Anfang Juli genesen	Diastase 6 cm. Zangeneindruck des Frontale dextrum. Tod des Kindes durch Schädelverletzung	s. Merlin: Loire Médicale 15. X. 1892 (nach Varnier).
Schädel	hohe Zange	genesen	lebend 3565 g, Diam. bip. 9,75 cm	am 24. Tage aufgestanden	Verletzung eines corp. cavern. clitoridis, Blutung, Naht, Tamponnade	nach Leopold.
Schädel	Zange, Mutterhalsdiscision	genesen	lebend 2230 g, Diam. bip. 9,0 cm	fieberfreie Heilung, am 27. Tage aufgestanden	—	nach Tarnier.
Schädel	Zange	genesen	lebend (Knabe) 3110 g, Diam. bip. 9,1 cm	Prima reunio trotz leichten Fiebers	am 16. Tage aufgestanden, am 31. Tage entlassen	nach Pinard.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
51	8. VI. 1892	Ribemont (Paris, Beaujon) (I)	28jähr. I-p.	Conj. vera 83 mm	60 Stunden	2 Zangenversuche	Schädel O. I. G. T.
52	11. VI. 1892	Porak (Paris) (I)	25jähr. I-p. ausgetr. Schw.	rachit. Becken asym. Conj. diag. 96 mm	24 Stunden, mehr als 12 Stunden nach Wasserabfl.	Zangenversuch	Schädel
53	15. VI. 1892	Martone (Neapel)	Bartolomai, Maddalena 34jähr. Mehrgebär.	—	kreissend eingetreten	—	Schädel
54	22. VI. 1892	Leopold (II)	37jähr. II-p. (erste Entb. Kraniotomie aus der ausgetr. Frucht)	plattes Becken Conj. vera 67,5 mm	24 Stunden nach Geburtsbeg., 3 Std. nach Wasserabfl.	—	Schädel
55	29. VI. 1892	Pinard (VI)	32jähr. I-p.	allg. vereng. Becken Conj. diag. 90 mm	—	künstl. Frühgeburt	Schädel
56	7. VII. 1892	Pinard (VII)	23jähr. I-p. ausgetr. Schw.	Conj. diag. 104 mm	—	künstl. Frühgeburt	Schädel
57 (s. Fall 6)	9. VII. 1892	Morisani	Liquori, Anna 19jähr. II-p. ausgetr. Schw.	platt. rach. Becken 85 u. 70 mm	10 Stunden	—	Schädel
58	12. VII. 1892	Morisani	Scarparo, Felicia	rachit. Becken 85 u. 70 mm	12 Stunden	—	Schädel
59	12. VII. 1892	Tellier (Lyon)	27jähr. I-p.	Conj. diag. 107 mm	?	?	Schädel O. I. G. A.
60	16. VII. 1892	Lepage (Pinard's Klinik) (VIII)	27jähr. II-p. mit Uterintumor, spont. Frühgeburt $8^1/_2$ Monat (erste Entbind., Zange, lebendes Kind)	Uterintumor, räuml. Missverhältniss	24 Stunden ungefähr	2 Zangenversuche	Schädel

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss		Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
		für die Mutter	für das Kind			
Schädel	Zange	genesen	lebend 3350 g, Diam. bip. 9 cm	—	Diastase 4—4,5 cm	citirt nach Varnier u. Gotchaux.
Schädel	leichte Zangenextraktion	genesen	lebend	leichtes Fieber u. Harnincontinenz 4 Tage lang, dann glatte Heilung	—	nach Porak.
Schädel	Zange	genesen	lebend	nach 13 Tagen aufgestanden	—	nach Morisani.
Schädel	hohe Zange	genesen	lebend 3310 g, Diam. bip. 9,75 cm	—	Lig. arcuatum nicht durchschnitten	nach Leopold.
Schädel	Zange	genesen	lebend 2720 g, Diam. bip. 9,4 cm	glatte Heilung, am 20. Tage aufgestanden	—	nach Pinard.
Schädel	2maliger Zangenversuch	genesen	lebend 3310 g, Diam. bip. 10 cm	leichtes Fieber, 3 Tage lang, Prima reunio, am 14. Tage aufgestanden	—	nach Pinard.
Schädel	Zange	genesen	lebend 3100 g, Diam. bip. 8,2 cm	Prima reunio	zweite Symphyseotomie (s. Fall 6)	nach Morisani.
Schädel	Zange	genesen	lebend 3000 g, Diam. bip. 8,9 cm	Prima reunio	—	nach Morisani.
Schädel	Zange	todt nach 2 Stdn.	lebend 4250 g, Diam. bip. 10,8 cm	—	Diastase 10 cm	nach Varnier.
Schädel	Zange	genesen	lebend 2897 g	glatte Heilung bis auf Recrudescenz einer alten Cystitis. Geht frei am 17. VIII.	Wundnaht mit Draht	nach Lepage (Pariser Gyn. Congress April 1893).

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
61	19. VII. 1892	Porak (II)	24jähr. I-p.	—	—	Zangenversuch	Schädel O. I. D. T.
62	24. VII. 1892	Ribemont (II)	30jähr. IV-p.	Conj. diag. 102 mm	3 Stunden	Zangenversuche in der Stadt	Schädel O. I. D. T.
63	30. VII. 1892	Lepage (Pinard's Klinik) (IX)	26jähr. II-p. ausgetr. Schw. (erste Entb. spontan, lebend. Kind)	Conj. diag. 97 mm	5 Stunden	Zangenversuch nach Blasensprung	Schädel
64	4. VIII. 1892	Harajewicz (Krakau)	25jähr. II-p. (erste Entb. Kraniotomie)	Conj. diag. 95 mm	seit 8 Stunden	—	Schädel O. I. G. T.
65	16. VIII. 1892	Olshausen (Berlin) (I)	24jähr. I-p.	allgem. verengtes Becken, Conj. diag. 100 mm	2 Tage	Zangenversuch bei hohem Kopfstand und voller Erweiterung	Schädel
66	17. VIII. 1892	Des. v. Velits (Pressburg)	21jähr. III-p. (2mal Kraniotomie vorher)	allgem. verengt. platt. rach. Becken, Conj. vera 75 mm	—	—	Schädel
67	30. VIII. 1892	Pantaloni (Queirel's Klinik, Marseille) (I)	24jähr. I-p.	enges Becken	todtes Kind (abgestorben)	verschied. Entbindungsversuche in der Stadt	Schulterlage mit vorgefallener Hand
68	5. IX. 1892	Toerngren (Helsingfors) (I)	40jähr. IX-p. (8. Entbind. schwer, 2 Kinder todt geboren)	Conj. vera 82 mm	48 Stunden, 24 Stunden nach Wasserabfluss	—	Schädel

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Zange	genesen	lebend 3025 g	—	—	nach Gotchaux.
Schädel	Zange	todt	todt, scheintodt geboren nicht belebt, 3900g, Diam. bip. 10,4 cm	—	Diastase 2,5—4,0 cm. Frau trat inficirt in die Klinik ein	nach Varnier u. nach Gotchaux.
Schädel	Zange	genesen	lebend 4000 g, Diam. bip. 9,5 cm	Abscess der rechten grossen Schamlippe, Discision, Primareunio	am 30. Tage aufgestanden	nach Pinard.
Schädel	Zange nach incompleter Symphyseotomie vergeblich, später leicht	genesen	scheintodt, nach 4 Stunden gestorben	am 26. Tage aufgestanden	—	nach Varnier.
Schädel	Zange erforderte noch viele Kraft	todt	asphykt., starb am nächsten Tage	Mutter starb an Eklampsie im Coma nach 6 Anfällen intra partum	Sektion: kranke Niere; — Naht der Stümpfe mit Silkwormgut hielt nicht. Diastase ohne Durchschneidung des Lig. arcuat. 2 cm, nach Durchschneidung 6 cm	nach Olshausen (briefl. Mitth.)
Schädel	Breuss's Zange	genesen	lebend 3200 g, Diam. bip. 9,5 cm	am 22. Tage aufgestanden	nach Leopold's Rath nur 3/4 der Symphyse durchtrennt, Rest platzt	nach Velits.
Füsse	Wendung	genesen	vor der Operation abgestorben, 2950 g, Diam. bip, 9,5 cm	Gang, Symphyseotomie bei todtem Kinde	am 20. IX. geheilt entlassen	nach Queirel.
Schädel	Tarnier's Zange	todt	lebend 3400 g, Diam. bip. 9,5 cm	—	Tod bald an Cor adiposum bei Chloroformwirkung	nach Toerngren.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
69	13. IX. 1892	Varnier (Pinard's Klinik) (X)	II-p. rachit. (erste Entb. Basiotrypsie am todten Kinde)	Conj. diag. 92 mm	Operation bei voll eröffnetem Muttermunde, Schwangerschaftsende	—	Schädel
70	27. IX. 1892	Zweifel (Leipzig) (I)	37jähr. VIII-p. (6mal Wendung, 1mal Zange, nur 1 Kind lebend geboren, 8monatl.)	rachit. Becken Conj. diag. 100 mm	36 Stunden nach Wasserabfluss	—	Schädel
71	29. IX. 1892	Bennet (Queirel's Klinik I. Fall) (II)	34jähr. V-p. (3 schwere Zangen, lebend. Kind, 1mal Wendung, Kind abgestorb.)	Conj. vera 85—90 mm	24 Stunden	—	Schädel O. I. D. T.
72	29. IX. 1892	Rémy (Nancy)	28jähr. I-p.	Conj. diag. 85 mm	—	Tarnier's Ballon, Zange	Schädel O. I. D. T.
73	30. IX. 1892	Jewett (Brooklyn)	22jähr. I-p.	Diam. biischiad. unter 3 Zoll	Kopf im Beckeneingange fest eingekeilt	vergebl. Zangenversuch	Schädel
74	1. X. 1892	Pinard (XI)	25jähr. II-p. (1. Entbind. Eklampsie, Zwillinge, starben bald)	plattes Becken, Conj. diag. 100 mm	56 Stunden	2 Zangenversuche	Schädel
75	3. X. 1892	Barton Cooke Hirst (Philadelphia)	19jähr. I-p.	pl. Becken, Conj. vera 75 mm	2 Tage, Eihäute noch ganz	?	Schädel
76	5. X. 1892	Toerngren (Helsingfors) (II)	36jähr. II-p. (1. Entb. Basiotrypsie an todter Frucht)	rachit. Becken, 95 u. 77 mm	24 Stunden, 2 Stunden nach Wasserabfl.	—	Schädel
77	6. X. 1892	Pinard (XII)	28j. rach. II-p. (1. Entbind. Zange, Kind starb am 27. Tage an Convulsionen)	Conj. diag. 100 mm	31 Stunden, Fieber + 38,8° C.	Zange	Schädel
78	6. X. 1892	Guéniot (Paris) (I)	34jähr. I-p.	asymmetr. Becken, Conj. diag. 75 mm	?	?	Schädel O. I. G. T.

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss		Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
		für die Mutter	für das Kind			
Schädel	Zange	genesen	lebend 3200 g, Diam. bip. 9,5 cm	Prima reunio trotz leichten Fiebers, am 19. Tage aufgestanden	während d. Extraktion links von d. Harnröhre Längsriss bis in die vordere Scheidenwand, communicirend mit Operationswunde, Tamponnade	nach Pinard.
Schädel	Tarnier's Zange, schwierige Extraktion	genesen	Kind starb am 4. Tage an Pneumonie	am 19. Tage aufgestanden, Haematurie anfangs	erst nur obere Hälfte der Symphyse durchschnitten, Zange vergeblich, also auch untere Hälfte d. Symphyse u. lig. arcuatum durchschnitten	nach Zweifel.
Schädel	Zange	genesen	lebend 4000 g, Diam. bip. 10 cm	21. Tag aufgestanden, etwas Harnincontinenz, am 24. Tage entlassen	—	nach Queirel.
Schädel	Zange und Collumincisionen	genesen	asphykt. belebt, starb nach 20 Stunden	langsame Genesung	Kind abgestorben in Folge Collumrigidität	nach Varnier.
Schädel	Ritgen's Handgriff	genesen	starb nach 24 Stund.	glatte Heilung	Tod des Kindes durch Schädelläsion bei langer Compression	nach Jewett.
Schädel	Zange	genesen	lebend 3220 g, Diam. bip. 9 cm	glatte Heilung, 19. Tag aufgestanden	Diastase 3—4,5 cm	nach Pinard.
Schädel	Zange	genesen	lebend	—	—	nach Harris.
Schädel	Tarnier's Zange	genesen	lebend 3780 g, Diam. bip. 9,5 cm	19. Tag aufgestanden	Diastase 2—6 cm. Das nicht vorher durchschnittene Lig. arcuat. inf. zerriss bei Extraktion	nach Toerngren.
Schädel	leichte Zange	genesen	asphykt. lebend 3750 g, Diam. bip. 8,4 cm	leichtes Fieber 12 Tage, 23. Tag aufgestanden	Operation in Gegenwart des Prof. Krassowski	nach Pinard.
Schädel	Zange vor voller Eröffnung, 20 Minuten	genesen	lebend 4500 g, Diam. bip. 9,5 cm	32. Tag aufgestanden	Guéniot's Gurt nach der Operation	nach Varnier u. Gotchaux.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
79	8. X. 1892	Schwartz (Fünfkirchen)	22jähr. III-p. (1. Entb. Zange, 2. Wendung, beide Kinder todt)	allgem. verengtes Becken, Conj. diag. 105 mm	6. X. Geburtsbeginn	Zangenvers., Wendung, Kopf bleibt steck., Zange, Decapitation, Zange an Kopf, Tetanus uteri, Eklampsie, + 39,0° C. Somnolenz, Uterocervicovaginalriss v. 8 cm, Blutung	zurückgebliebener Schädel
80	8. X. 1892	Anna E. Broomall (Philadelphia) (I)	30jähr. VII-p. Negerin	enges Becken, Conj. vera 82 mm	24 Stunden	?	Schädel
81	13. X. 1892	Ribemont (III)	32jähr. IV-p. (3 Frühgeb., 2mal macerirte Frucht)	Conj. diag. 100 mm	?	Zangenversuch	Schädel
82	17. X. 1892	San Gregorio (Mailand)	25jähr. I-p.	plattes rachit. Becken, 93 u. 75 mm	?	?	Schädel
83	21. X. 1892	Wallich (Pinard's Klinik) (XIII)	III-p. (1. Entb. spont. lebend. Kind, 2. spontan, sub partu abgestorben)	Conj. diag. 105 mm	48 Stunden, 24 Stunden nach Wasserabfluss	—	Schädel
84	21. X. 1892	Porak (III)	41jähr. IV-p. (3 leb. Kinder, 2 in Schädel-, 1 in Steisslage)	Conj. diag. 97 mm	seit 18. X. früh 10 Uhr	7 Zangenversuche, 3mal im queren, 4mal im geraden Durchmesser	Schädel O. I. D. P.
85	21. X. 1892	Rubeška (Prag) (I. Operation)	43jähr. I-p.	allg. vereng. rachit. Becken, 92 u. 75 mm	Wehenbeginn 18. X. früh 4 Uhr; Wasserabfluss 20. X. mittags	?	Schädel
86	25. X. 1892	Michael (Baltimore)	17jähr. rachit. Negerin	90 u. 71 mm	24 Stunden, 12 Stunden nach Wasserabfluss	?	Schädel

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
—	Breuss's Zange	genesen	vorher todt, 3400 g, Diam. bip. 8 cm	Prima reunio, 2 Wochen Fieber, nach 6 Wochen aufgestanden, nach 8 Wochen freierGang	Uterusscheidenriss vernäht. Symphyseotomie nach Decapitation wegen Retentio capitis	nach Schwartz.
Schädel	Zange	genesen	lebend 2780 g, Diam. bip. 9,5 cm	—	—	nach Harris briefl. Mittheil.
Schädel	Zange	genesen	lebend 4000 g, Diam. bip. 9,9 cm	—	Diastase 4,5 cm	nach Varnier.
Schädel	Zange	genesen	lebend	—	Falcetta	Annali di Ostetricia Januar 1893.
Schädel mit Nabelschnurvorfall	2mal Zange (1mal abgeglitten)	genesen	asphykt. belebt	leichtes Fieber, Prima reunio, am 19. Tage aufgestanden, 27. Tag Phlegmasia am linken Beine	Diastase 2,5—4,5 cm	nach Pinard.
Schädel	leichte Zange	todt	asphykt., starb gleich, 3350 g, Diam. bip. 8,8 cm	Todam22.X. abends an perforirender Collumverletzung durch Zange vor der Operation	Tod der Mutter unabhängig von Symphyseotomie	nach Porak.
Schädel	Tarnier's, dann Simpson's Zange, Collumincisionen	genesen	asphykt. belebt 3000 g, Diam. bip. 9 cm	leichtes Fieber 12 Tage, 6 Tage Katheder, 21. Tag aufgestanden	Zangeneindruck am Schädel, starke Clitorisblutung, Diastase 1—6 cm	nach Rubeška.
Schädel	leichte Extraktion mitSimpson-Tarnier's Zange	genesen	starb am 3. Tage	Tod des Kindes an Meningealblutung	mehrfache Collum-, Scheiden- und Dammverletzungen	nach Michael.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
87	27. X. 1892	Queirel (Marseille) (III)	29jähr. I-p. ausgetr. Schw.	asymmetr. Becken, Conj. vera 80 mm	seit 25. X. früh	26. X. nachts 2 Uhr, 27. X. früh 3 Uhr Zangenversuch	Schädel
88	3. XI. 1892	Queirel (IV)	42jähr. V-p. (2mal spont., 1mal Decapitation, 1mal Kraniotomie)	enges Becken	Kind abgestorben, Albuminurie, Oedema vulvae	Wendungsversuch, der herabgeleitete Fuss droht abzureissen	Schulterlage mit vorgefallener rechter Hand
89	6. XI. 1892	Beugnies (Givet)	22jähr. I-p.	Conj. diag. 70 mm (?)	48 Stunden; Kind seit 24 Stunden todt, Nabelschnurvorfall	Zange, Kraniotomie, abermals Zangenversuch	Schädel O. I. D. T.
90	13. XI. 1892	Schauta	34jähr. I-p.	allgem. verengtes plattes rachit. Becken, Conj. vera 71 mm	nach Blasensprung aufgenommen	—	Schädel
91	13. XI. 1892	Zweifel (II)	27jähr. II-p.	Conj. vera 70 mm	20 Stunden	?	Schädel
92	13. XI. 1892	Potocki (Pinard's Klinik) (XIV)	38jähr. II-p. (1. Entbind. Kephalotrypsie)	rachit. Becken, Conj. diag. 97 mm	34 Stunden	äussere Wendung auf den Kopf aus Steisslage	Steiss
93	16. XI. 1892	Bouffe (Ribemont's Klinik) (IV)	24jähr. II-p. (1. Entbind. Basiotrypsie)	schräg verengtes Becken	?	?	Schädel O.I. G. T.
94	22. XI. 1892	Smyly (Dublin)	43jähr. X-p.	Conj. vera 75 mm	4$^{1}/_{2}$ Tage	vergebl. Zange, Nabelschnurvorfall, Meconium	Schädel
95	24. XI. 1892	Leopold (III)	22jähr. I-p.	Conj. diag. 100 mm	3 Tage	—	Schädel O.I. D.T.

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Zange	genesen	lebend 3300 g, Diam. bip. 10 cm	3 Tage Verweilkatheter, 22. Tag aufgestanden	Schnitt 2 cm nach links von der Mittellinie abgewichen	nach Queirel.
Fuss	Wendung und Extraktion	genesen	vorher todt	21. Tag aufgestanden, Eiweiss schwand am 5. Tage	Diastase 6 cm. Intrauterine Ausspülung, 2 Etagennähte mit Catgut und Fil de Florence. Symphys. bei todtem Kinde	nach Queirel.
Schädel	Zange (in situ geblieben)	todt	vorher todt 4250 g	Mutter starb 15. Tag an Septikämie	Symphyseotomie statt der indicirten Embryotomie. Symphyseotomie bei todtem Kinde	nach Varnier.
Schädel	eine einzige Zangentraktion	genesen	lebend 2570 g	leichtes Fieber, 15. Tag aufgestanden, Drahtnaht hat durchgeschnitten, Symphyse klafft 1 cm	starke Clitorisblutung. 1 Silberdraht durch die Knochen schnitt durch. Adaptation sehr schwer, mit grosser Kraft nur Diastase 3—5,7 cm.	nach Schauta.
Schädel	hohe Zange, dann Nägele's Zange	genesen	lebend Diam. bip. 9 cm	—	—	nach briefl. Mitth.
Schädel O. I. D. T.	Zange	genesen	asph. belebt, starb, 3300 g, Diam. bip. 9,5 cm	Tod des Kindes am 2. Tage an Convulsionen, fieberhaftes Wochenbett, 22. Tag aufgestanden	Knocheneindruck durch vordern Zangenlöffel am os frontale	nach Pinard.
Schädel	5 Zangenversuche, Basiotrypsie	genesen	todt durch Basiotrypsie, 2600 g	—	Diastase 2,3—7,5 cm. Trotz Symphyseotomie noch Basiotrypsie	nach Varnier.
Schädel	Expression	genesen	lebend	—	Harnincontinenz	Brit. Med. Journ. 3. XII. 1892 p. 1251.
Schädel	Zange, Collumincisionen	genesen	asph. belebt, 3240 g Diam. bip. 9,4 cm	27. Tag aufgestanden	Diastase 3—5,5 cm. Lig. arcuatum blieb erhalten	nach Wehle.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, voraus-gegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburts-hülfliche Manipu-lation vor der Operation	Kindes-lage zur Zeit der Operation
96	25. XI. 1892	Fehling (Basel) (I)	21jähr. I-p.	Conj. vera 105 bis 110 mm, pl. Becken	24 Stunden	Versuch mit Tarnier's Zange	Schädel
97	27. XI. 1892	Baumm (Oppeln)	24jähr. I-p. ausgetr. Schw.	allg. vereng. pl. rachit. Becken, Conj. diag. 105 mm	3 Tage, vor 2Tagen Blasensprung, Meconium-abgang	heisse und kalte Douchen abwech-selnd	Schädel
98	28. XI. 1892	Ribemont (V)	36jähr. VI-p. (1mal Früh-geb., 4mal aus-getragen, 1mal Basiotrypsie)	Conj. diag. 90 mm	—	Zangen-versuch	Schädel O. I. D. T.
99	29. XI. 1892	Krassowski (Petersburg)	23jähr. II-p. (1. Entbind. 2 vergebl. Zangen, Schnur-vorfall, Kranioklasie)	rachit. Becken, 90 u. 75 mm	einige Stunden nach Wasser-abfluss	?	Schädel
100	30. XI. 1892	Schauta	26jähr. I-p.	rachit. allg. verengt. Becken, C. v. 95 mm	noch nicht 24 Stunden	Breuss's Zange	Schädel
101	30. XI. 1892	Treub (Leyden)	25jähr. II-p. (1. Entbind. Perforation)	allg. ver-engt. platt. Becken, Conj. vera 82 (79?) mm	—	—	Schädel
102	? XI. 1892	Fochier (Lyon)	Mehrgebärend. (1. Entb. Ke-phalotrypsie, 2. künstl. Frühgeburt, 7 Mon., Steiss, todtes Kind)	asymmetr. Becken	—	künstl. Frühgeburt	Schädel
103	5. XII. 1892	Noble (Philadelphia)	30jähr. V-p.	enges Becken, C. v. 70 mm	11 Stunden	—	Schädel
104	6. XII. 1892	Springle (Montreal)	23jähr. I-p.	enges Becken, C. v. 75 mm	40 Stunden	—	Schädel

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Zange	genesen	lebend	6 Wochen Convalescenz	Scheidenriss, Blutung, das nicht durchschnittene Lig. arcuatum platzt	nach briefl. Mitth.
Schädel	Zange, Collumincisionen	genesen	asph. belebt, 3200 g Diam. bip. 9 cm	fieberhafte langsame Convalescenz, 44. Tag aufgestanden	starke Blutung aus der Wunde und dem Uterus, Tamponnade. Lange Harnincontinenz, Symphyse nicht verwachsen	nach Baumm.
Schädel	Zange	todt	lebend	Tod der Mutter am 12. Tage an Pneumonie	Diastase 4,5 cm. Pneumoniekokken bei Mutter und Kind nachgewiesen von Mosny	nach Varnier.
Schädel	Busch's Zange	genesen	lebend 3410 g, Diam. bip. 9,5 cm	Vaginalriss bei Operation, Schambeine bleiben 1 cm klaffend, nicht aneinander zu bringen. Schwankender Gang 21. Tag, Beweglichkeit in der Symphyse	unvollständige Durchschneidung, nur $^2/_3$, Rest platzt bei Extraktion. Diastase 6,5 cm, Krachen im hintern Gelenk, starke Clitorisblutung. Diastase persistent	nach Krassowski.
Schädel	Zange (in situ geblieben)	genesen	lebend 3050 g	glatte Heilung, 18. Tag aufgestanden	Silberdrahtnaht	nach Schauta.
Schädel	Levret's Zange 2mal angelegt	todt	asphykt. belebt, 3720 g, Diam. bip. 10 cm	Tod der Mutter $^1/_2$ Stunde nach Operation an Verblutung	Diastase 6 cm. Kettensäge, starke Clitorisblutung, Umstechung, aton. Uterusblutung, Tamponnade	nach Treub.
Schädel	Basiotrypsie	genesen	todt vor der Basiotrypsie	—	unvollendete Operation, Symphyse entweder verfettet oder verknöchert, mit Messer gelang die Durchschneidung nicht, Säge nicht zur Hand	nach Fochier.
Schädel	Zange	genesen	lebend Diam. bip. 9,5 cm	—	—	Med. News Philadelphia 18. II. 1893 p. 176—181.
Schädel	Zange	genesen	lebend Diam. bip. 9,4 cm	—	—	Montreal med. Journ. Januar 1893 Nr. 7 u. 2. April 1893.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
105	7. XII. 1892	Zweifel (III)	38jähr. III-p.	Conj. vera 85 mm	15 Stunden	—	Schädel
106	11. XII. 1892	Porak (IV)	19jähr. I-p.	Conj. diag. 92 mm	—	2 Versuche mitPoullet's Zange	Schädel O. I. D. T.
107	13. XII. 1892	Budin (Pariser Charité) (I)	30jähr. III-p. (1.Entb. macerirte Frucht, 2. künstl. Frühgeburt, Steissl., Kind starb 6. Tag)	Conj. diag. 95 mm	—	künstl. Frühgeburt	Schädel O. I. G. T.
108	15. XII. 1892	Schwartz	22jähr. I-p.	85 u. 60 mm	Blase gesprungen, Tetanus uteri	Wendungsversuch	Schädel
109	16. XII. 1892	Harry Mc Kennan (Paris in Illinois)	31jähr. III-p. (2mal Kraniotomie)	rachit. Becken, Conj. vera 70 mm	12 Stunden	—	linker Arm vorliegend Nabelschnurvorfall
110	22. XII. 1892	Kaschkaroff (Jaroslawl) (I)	22jähr. I-p.	Conj. diag. 80 mm Kyphoscoliose, Tubera 110	—	—	Schädel
111	25. XII. 1892	Latzko (Wien)	29jähr. I-p.	plattes Becken, 100 u. 82,5	48 Stunden, Dehnung des untern Uterinsegments	—	Schädel
112	30. XII. 1892	Garrigues (New-York)	24jähr. II-p.	allg. vereng. Becken, Conj. vera 82 mm	38 Stunden	—	Schädel

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	hohe Zange	genesen	lebend Diam. bip. 9,0 cm	—	schon einmal vorher d. Kaiserschnitt entb., Catgutsymphysennaht	nach briefl. Mitth.
Schädel	Poullet's Zange	todt	starb nach einigen Stunden	Tod der Mutter am 5. Tage	Diastase 2—7,5 cm	nach Varnier.
Füsse	Wendung, Extraktion, Zange am Kopf	genesen	lebend, starb 13. Tag, 2850 g, Diam. bip. 9,3 cm	syphilit. Kind, Kopf blieb 5—6 Minuten im Ausgange stecken. Vergeblich Mauriceau's Handgriff	—	nach Budin.
Füsse	Wendung, schwere Extraktion	todt	todt 3000 g	Tod der Mutter am 8. Tage an eitriger Pelveoperitonitis	Diastase 3—5 cm. Säge, Weichtheilverletzungen, Peritonitis. Operation in der Nacht bei Siemensbrennerlicht. 4 Silberdrahtnähte durch Sägestümpfe	nach Schwartz.
Füsse	Wendung, Zange am Kopf	genesen	lebend 3625 g	28. Tag aufgestanden	Diastase 7,6 cm. Säge	nach Harris.
Schädel	Zange	genesen	asphykt., starb nach 24 Stunden	—	nur $^3/_4$ der Symphyse gespalten, später bei Zange Rest durchschnitten. Naht der Wunde erst am 4. Tage aus Furcht vor stattgehabter Infection	nach Kaschkaroff (Wratsch 1893 Nr. 1 S. 28 [Russisch]).
Schädel	Breuss's Zange	genesen	lebend, starb am 3. Tage plötzlich	Tod des Kindes unter Somnolenz und Convulsionen, Meningealblutung wechselvoller Verlauf, Darmobstruction. 3. II. 1893 geheilt entlassen	heftige Metrorrhagie, Uterustamponnade, Cervixrisse, Naht. Diastase sofort 5 cm, Schädeleindruck durch Promontorium, Silberdrahtnaht	nach Latzko.
Füsse	Wendung	genesen	lebend 3400 g, Diam. bip. 10 cm	—	—	nach Harris.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
113	? 1892	Rodriguez de Santos (Brasilien)	?	?	?	?	?
114	31. XII. 1892	Ribemont (VI)	36jähr. II-p. (1. Entbind. Zange)	Conj. diag. 105 mm	15 Stunden	Zangenversuch	Schädel O. I. D. T.
115	? 1892	Cruzzi	?	Conj. vera 72,5 mm	?	?	?
116	2. XII. 1892	Herzfeld (Schauta's Klinik) (III)	23jähr. I-p.	Conj. vera 81 mm	14 Stunden	?	Schädel
							18
117	1. I. 1893	John Milton Duff (Pittsbourgh)	44jähr. XI-p.	Beckenexostose traumat. Urspr. Conj. v. 82 mm	48 Stunden	?	Schädel
118	9. I. 1893	William Lusk (New-York)	27jähr. I-p.	enges Becken, grosses Kind, Conj. vera 100 mm	25 Stunden	diverse instrum. Entbindungsversuche zu Hause	Steisslage
119	12. I. 1893	Pinard (XV)	28jähr. III-p. (1. Entbind. Zange, todtes Kind, dann Abort)	Conj. diag. 90 mm	15 Stunden, $2^1/_2$ Stunden nach voller Eröffnung	?	Schädel O. I. D. T.
120	13. I. 1893	Chrobak (Wien)	29jähr. II-p. $4^1/_2$ Jahre nach conservativem Kaiserschnitt (Breisky)	rachit. Becken, 95—76	?	?	Schädel
121	15. I. 1893	Moussous (Bordeaux)	26jähr. II-p. (1. Entbind. hohe Zange, todtes Kind)	Conj. diag. 100 mm	?	künstl. Frühgeburt, Tarnier's Zange	Schädel O. I. D. T.
122	17. I. 1893	Olshausen (II)	22jähr. I-p.	plattes Becken, Conj. diag. 107 mm	3 Tage	vergebl. Zangenversuch 20 Stunden nach voller Erweiterung des Muttermundes	Schädel

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
?	?	genesen	lebend	—	—	nach Pinard.
Schädel	Zange	genesen	lebend 4280 g, Diam. bip. 10,5 cm	—	Diastase 6,5—7,5 cm	nach Varnier.
?	?	genesen	lebend	—	—	nach Cruzzi.
Schädel	Breuss's Zange	genesen	lebend 2150 g	18. Tag aufgestanden	Symphysendrahtnaht	nach Schauta.
93.						
Schädel	Zange	genesen	lebend	27. II. aufgestanden	—	nach Harris' briefl. Mitth.
Schädel	Drehung, Zange	starb nach 12 Stdn.	starb nach 17Stunden Diam. bip. 105 mm	wahrscheinlich Uterus- u. Blasenruptur (?)	Schädelverletzung des Kindes	Amer. Journ. of Med. Sc. 1893 April p. 441.
Schädel	Zange	genesen	asphykt. belebt, 3180 g, Diam. bip. 8 cm	39. Tag aufgestanden	Diastase 4,5—4,7 cm	nach Pinard.
linker Fuss	Wendung	genesen	lebend 2600 g, Diam. bip. 9,75 cm	glatte Heilung	Diastase 5,5 cm, zwei Silberdrahtknochennähte	nach Regnier.
Schädel	Zange	genesen	starb bald	Ende Januar aufgestanden	Diastase 5—6 cm, 2 Schädelfrakturen durch Zange vor der Operation	nach Varnier.
Schädel	Zange	genesen	lebend	Mutter lag 7 Wochen zu Bett, 3 Wochen gefiebert	Silberdrahtknochennaht gelang nicht. Genügende Diastase erst nach Durchschneidung des Lig. arcuatum	nach briefl. Mitth.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
123	20. I. 1893	Tollemer (Paris) (Hop. Cochin)	39jähr. VII-p. (4 spont. Entbind., Kinder gleich od. bald gest., 5. u. 6. Entb. Zange, todte Kinder)	Conj. vera 85 mm	?	Tarnier's Dilatator	Schädel O. I. D. T.
124	22. I. 1893	Guéniot (Paris) (II)	19jähr. I-p.	allgem. verengt. rachit. Becken, Conj. diag. 85 mm	?	Zange im Eingange, 3 Versuche	Schädel O. I. D. T.
125	22. I. 1893	Morisani	28jähr. II-p. (II. Symphyseotomie)	?	12 Stunden	?	Schädel
126	23. I. 1893	Lebedjew (Petersburg)	23jähr. V-p. (1. Entb. Kraniotomie; 2. Zange, todtes Kind; 3. künstl. Frühgeb., Kind st. bald; 4. Steiss, todtes Kind)	100 u. 80	lange nach Wasserabfluss, Oedem der Lippen	?	Schädel
127	23. I. 1893	Schauta (IV)	27jähr. I-p.	plattes rachit. Becken, Conj. vera 85 mm	15 Stunden, Meconium	—	Schädel
128	28. I. 1893	Zweifel (IV)	27jähr. II-p.	Conj. vera 77 mm	10 Stunden	?	Schädel
129	30. I. 1893	Rubeška (Prag) (II)	35jähr. II-p. (Kraniotomie 1mal)	allgem. verengt. platt. Becken 105 u. 81	24 Stunden	—	Schädel
130	1. II. 1893	Pinard (XVI)	29jähr. III-p. 1. 8monatl., Zange, Couveuse, Kind starb i.5.Mon., 2. spont., leb.)	Conj. diag. 101 mm	?	?	Schädel O. I. G. T.

End-gültige Frucht-lage	Geburts-hülfliche Manipu-lation vor der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	nach vergebl. Anlegung v. Tarnier's Zange, Wendung	genesen	lebend	nach 1 Monat aufgestanden	Diastase 3—5 cm, Paraurethraler Riss nach dem ersten Zangenversuch	nach Varnier.
Schädel	Zange, mühsame Extraktion dauerte $^1/_2$ Stunde	genesen	asphykt. belebt	13. Tag aufgestanden	Diastase 6 cm	nach Guéniot.
Schädel	Zange	genesen	lebend	?	Zweite Symphyseotomie an derselben Frau	nach briefl. Mitth. von Caruso.
Schädel	Breuss's Zange, (theilweise Extraktion)	genesen	lebend	Diastase 1,5—7 cm	starke Blutung aus der Wunde und Scheidenriss	nach Lebedjew.
Schädel	Zange und Episiotomie	genesen	lebend 2600 g, Diam. bip. 9 cm	7. II. aufgestanden, Symphyse klafft 1 cm. Drahtnaht nicht ganz gelungen	—	nach briefl. Mitth.
Schädel	hohe Zange	genesen	lebend Diam. bip. 10 cm	—	Symphysennaht. Wegen drohender Uterusruptur geschickt vom Arzte, weil er keine Instrum. zur Perforation hatte	nach briefl. Mitth.
Schädel	Tarnier's Zange	genesen	lebend Diam. bip. 10 cm	leichtfieberh. Wochenbett, 21. Tag aufgestanden, Harnabgang beim Husten	Diastase 5,5 cm, starke Blutung aus dem Harnröhrenplexus	nach Rubeška.
Schädel	Zange	genesen	lebend 2800 g, Diam. bip. 9,5 cm	23. Tag aufgestanden	Diastase 4,5—5 cm	nach Pinard.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
131	2. II. 1893	Pinard (XVI)	25jähr. III-p. (1. spont., Kind starb bald; 2. spont., starb nach 8 Mon.)	Conj. diag. 98 mm	Meconiumabgang	?	Schädel O. I. D. T.
132	4. II. 1893	Zweifel (V)	38jähr. V-p.	Conj. vera 7,75 cm	13 Stunden	?	Schädel
133	4. II. 1893	Schauta (V)	24jähr. I-p.	Trichterbecken bei Kyphose, Ausgang 75 u. 95, Hängebauch	?	?	Gesichtslage
134	5. II. 1893	Henry C. Coe (New-York)	30jähr. I-p.	plattes Becken, Conj. vera 75 mm	14 Stunden	?	Schädel
135	5. II. 1893	Schauta (VI)	30jähr. IV-p.	allgemein ver. plattes Becken Conj. vera 80 mm	24 Stunden, Dehnung des unteren Uterinsegmentes	—	Schädel
136	6. II. 1893	Lepage (Pinard's Klinik) (XVII)	25jähr. I-p.	?	?	versuchte hohe Zange	Schädel O. I. G. T.
137	6. II. 1893	Schauta (VII)	26jähr. III-p.	allg. ver. pl. Becken Conj. vera 80 mm	17 Stunden	8 Versuche mit Achsenzugzange	Schädel
138	8. II. 1893	Zweifel (VI)	34jähr. III-p.	Conj. vera 85 mm	7 Stunden	?	Schädel
139	9. II. 1893	Frommel (Erlangen) (I)	21jähr. I-p. 26. XII. 1892 aufgenommen	Conj. diag. $9^3/_4$ cm	7. II. früh Wehenbeginn, 9. II. früh Blasenspr., mittags Symphyseotomie	—	Schädel

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss		Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
		für die Mutter	für das Kind			
Schädel	Zange	genesen	lebend 3390 g, Diam. bip. 9,9 cm	20. Tag aufgestanden	Diastase 4—5,7 cm	nach Pinard.
Schädel	Zange am tiefstehenden Kopfe	genesen	lebend Diam. bip. 9,75 cm	?	Symphysennaht mit Catgut	nach briefl. Mitth. Zweifel's.
Gesichtlage	Zange, dann Ritgen's Handgriff	genesen	lebend 3250 g	—	Silberdrahtnaht der Symph. Riss linkerseits von Harnröhre bis Blasenhals durch vordere Scheidenwand genäht, verheilt	nach Schauta.
Fuss	Wendung	genesen	lebend Diam. bip. 10,8 cm	—	—	Med. Record 11. II. 1893.
Schädel	Zange	genesen	lebend 3400 g, Diam. bip. $9^3/_4$ cm	gute Heilung, leichtes Fieber wegen Spitzenkatarrh	Clitorisblutung durch Tamponnade gestillt, langsame Verheilung der Wunde wegen Eiterung in der Tiefe	nach Schauta.
Schädel	Zange	genesen	lebend 3020 g, Diam. bip. 9,2 cm	24. Tag aufgestanden	Diastase 3,5—5 cm	nach Varnier.
Schädel	Zange	genesen	lebend 4150 g	—	Riss rechterseits der Harnröhre vernäht circuläre Abreissung der Vulva vorn.	nach Schauta briefl. Mitth.
Schädel	Zange am tiefstehenden Kopfe	genesen	lebend Diam. bip. 9,5 cm	gute Heilung	Symphysennaht	nach briefl. Mitth.
Schädel	spontane Austreibung am 10. II. 10 Uhr früh	genesen	asphykt. nicht belebt	Fieber, Decubitus, Exfoliation von Sequestern, Symphyse klafft 2 Finger breit am 22. II.	erst am 28. III. Wunde ganz vernarbt, 22. III. erster Gehversuch, dann wieder bettlägerig, geht am 3. IV. umher, keine Knochennaht	nach briefl. Mitth.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
140	11. II. 1893	Grandin (New-York) (I)	19jähr. I-p.	allg. ver. Becken, C. v. 82 mm	14 Stunden	Zangenversuch	Schädel
141	12. II. 1893	Lewers (London)	?	enges Becken	?	Zange	Schädel
142	13. II. 1893	Zweifel (VII)	36jähr. IV-p.	Conj. vera 80 mm	47 Stunden	?	Schädel
143	13. II. 1893	Zweifel (VIII)	23jähr. I-p.	Conj. vera 80 mm	24 Stunden	?	Schädel
144	15. II. 1893	Leopold (IV)	? jähr. II-p.	Conj. vera 60 mm	?	?	?
145	15. II. 1893	Madurowicz (Krakau)	I-p.	plattes Becken Conj. diag. 95 mm	14. II. Wehenbeginn	vergebl. Zangenversuch, Zange bleibt in situ	Schädel
146	20. II. 1893	Grandin (II)	20jähr. I-p.	Infantil-Becken, Conj. vera 82 mm	7 Stunden	?	Schädel
147	21. II. 1893	Fochier	?	allgem. verengtes Becken Conj. diag. 110 mm	?	?	Schädel
148	25. II. 1893	Maygrier (Paris-Pitié)	?	faustgrosser Tumor vom linken Schambeine ausgehend	24 Stunden Meconiumabgang	?	Schädel

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	schwere Zangenextraktion	genesen	lebend Diam. bip. 9 cm	?	?	Med. Record 18. III. 1893 S. 368.
Schädel	Zange	genesen	lebend	—	Messer brach, Säge nothwendig	Lancet 4. III. 1893.
Schädel	—	genesen	lebend	gute Heilung	Symphysencatgutnaht, spontane Austreibung	nach briefl. Mitth.
Schädel	—	genesen	lebend	gute Heilung	Symphysencatgutnaht, spontane Austreibung 9 Stunden nach Symphyseotomie	nach briefl. Mitth.
?	?	genesen	lebend	glatte Heilung, in der 4. Woche plötzl. Tod an Embolie d. art. pulm.	(keine Phlebitis vorher constatirt?)	nach briefl. Mitth.
Schädel	Zange	genesen	asphykt. Kind belebt	Fieber, Aufbrechen der Wunde, Symphyse klafft 1½ cm. Blasenfistel. Langsame Genesung	Lig. arcuatum nicht durchschnitten, platzt, Uterushalsriss, Scheidenriss, Harnröhrenriss, Clitoris von Harnröhre abgerissen (Umstechungen wegen starker Blutung)	nach briefl. Mitth. durch Cercha
Fuss	Wendung	genesen	lebend Diam. bip. 8,5 cm	—	—	nach Harris.
Schädel	2malige Zangenanlegung	genesen	lebend 4730 g	?	tiefer Scheidenriss links beinahe bis an die Operationswunde trotz Episiotomie, Blutung	nach Fochier.
Schädel	vergebl. Zangenversuche trotz Diastase von 6cm. Hand u. Nabelschnur fielen vor. Basiotrypsie	gestorben 21. Tag	todt durch Basiotrypsie	leichtes Fieber, Prima reunio. 12. Tag Phlegmasie am linken Bein, Fieber schwand, 21. Tag plötzlich Dyspnöe, 10 Minuten Tod an Embolie d. Art. pulmon. nach Phlebitis	5 cm langer Riss der vord. Scheidenwand durch Zangendruck am hinteren Rande des rechten Schambeines, Naht der Wunde. Symphyse klafft bei Nekropsie 2 cm, keine Spur von Vereinigung. Periosteales Beckenfibrom	Progrès médical 15. III. 1893.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
149	25. II. 1893	Rein (Kijew)	27jähr. III-p. (1. Entb. 5 Tage, todtes Kind, 2. Entb. leb. Kind)	Beckenenge durch 3 fibröse Tumoren an der hinteren Beckenwand Conj. vera 65 mm	3 Tage, 2 Tage nach Wasserabfluss	3 Zangenversuche	Schädel
150	29. II. 1893	Budin (Paris-Charité) (II)	I-p.	allgemein ver. rach. Becken Conj. diag. 90 mm	Hebamme sprengte die Eihäute, 4 Stunden später in die Klinik, Meconiumabgang 12 Stunden	2 Zangenversuche	Schädel O. I. D. A.
151	1. III. 1893	Georges N. Kreider (Springfield-Illinois)	26jähr. I-p.	enges Becken Conj. vera 75 mm	16 Stunden	—	Schädel
152	2. III. 1893	Frommel (II)	29jähr. III-p. (einmal spontan, einmal Kaiserschnitt durch Zweifel 1887)	allgemein ver. plattes Becken Conj. diag. 90 mm	28. II. Wehenbeginn, 1. III. Meconium	—	Schädel
153	3. III. 1893	Fehling Basel (II)	39jähr. V-p. Zwergin (vorher 4 todte Kinder, eins spontan, das zweite in Beckenendlage, das dritte mit Wendung und Extraktion, das vierte bei künstlicher Frühgeburt, Wendung, Extraktion)	Pelvis nana Conj. vera 70—72 mm	Wehenbeginn 1. III. Blasensprung 3. III.	—	Schädel
154	4. III. 1893	Koffer (Wien) (1)	38jähr. Mehrgebärende (mehrmals Kraniotomie)	allgem. ver. pl. rach. Becken Conj. vera 72 mm	—	—	Schräglage
155	8. III. 1893	Chrobak (II)	23jähr. II-p.	105 u. 90	$1^1/_2$ Tag	Zange	Schädel

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Zange (in situ geblieben)	genesen	lebend 3000 g	leicht fieberhaftes Wochenbett	Nur $^3/_4$ der Symphyse durchschnitten, Rest platzte krachend. Starke Clitorisblutung, Umstechung. Allmähliche Heilung mit Fisteln	nach Rein.
Schädel	Zange	genesen	asphykt. belebt starb 10. Tag 3000 g	Kind starb unter Convulsionen u. Contrakturen, Meningealblutung	—	nach Budin.
Schädel	Zange	todt	todt	Tod der Mutter am 12. Tage an septischer Peritonitis	—	nach Harris.
Schädel	Zange	genesen	asphykt. belebt nach $^1/_2$ Stunde	Decubitus am Darmbeinkamm, leichtes Fieber	keine Knochennaht. Gypshose. 27. III. aufgestanden. Gute Heilung	nach briefl. Mitth.
Schädel	Zange	genesen	lebend 3950 g starb am 18. Tage an Pneumonie u. Gastroenteritis	bis 10. III. Fieber, Lungenaffektion, Albuminurie, Oedem einer Schamlippe, bis 20. III. Eiterung aus der Wunde. 4. IV. aufgestanden, Gang mit Unterstützung gut	Diastase 6 cm. Erst beim zweiten Versuch gelingt Durchschneidung, starke venöse Blutung aus Clitorisschenkel, Tamponnade, Knochennaht misslingt, weil Silberdraht bricht. Catgutkapselnaht, Silberbandnaht. Nur mit Mühe Stümpfe auf gleiche Höhe gebracht	nach Burckhardt.
Schräglage	Fuss herabgeholt, Extraktion	genesen	lebend	17. Tag aufgestanden	keine Silberdrahtnaht	nach Koffer.
Schädel	Zange (in situ geblieben)	genesen	lebend 3500 g Diam. bip. 9,5 cm	Harnröhre von der Clitoris abgerissen Naht	Silberdrahtnaht	nach Chrobak.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
156	8. III. 1893	Edward P. Davis (Philadelphia)	30jähr. IV-p.	platt. rach. Becken Conj. vera 85 mm	20 Stunden	—	Schädel
157	10. III. 1893	Beltrami (Queirel's Klinik) (V)	34jähr. V-p. (1. Entb.: Frühgeb. 7. Mon., Kind starb nach einig. Mon.; 2.: Eklampsie im 8. Monat, Zange, todtes Kind; 3.: ausgetr. Schw., Steiss, todtes Kind; 4.: ausg., Zange, starb gl.)	Conj. diag. 110 mm	24 Stunden Albuminurie bei ausgetr. Schw.	2 Zangenversuche	Schädel
158	14. III. 1893	Fehling (III)	23jähr. I-p. 133 cm hoch	allgem. ver. rach. platt. Becken Conj. vera 65—67 mm	—	künstl. Frühgeb. 3 Wochen anteterminum am 12. III. (Bougie), 14. III. Blasensprung, 4 Stunden darauf Cervixdehnung u. Operation	Schädel
159	15. III. 1893	Zweifel (IX)	23jähr. I-p.	Conj. vera 80 mm	17 Stunden	?	Schädel
160	15. III. 1893	Wertheim (Schauta's Klinik) (VIII)	26jähr. IV-p.	Conj. v. 80	zersetztes Fruchtwasser	mehrfache Zangenversuche in der Stadt	Schädel
161	18. III. 1893	v. Ott (Petersburg)	P. B. 27jähr. II-p. (1. Entb. Extraktion eines todten Kindes nach Wendung auf die Füsse 1891)	plattes Becken 95—75 mm	Geburtsbeginn 10 Uhr abends am 17. III., Wasserabgang früh $5^3/_4$ am 18. III.	—	Schädel
162	19. III. 1893	v. Bidder (Petersburg)	18jähr. I-p. ausg. Schw.	allgem. ver. platt. rach. Becken Conj. vera 75 mm	—	—	Schädel
163	19. III. 1893	Pinard (XVIII)	26jähr. II-p. (1. Entbind: lebendes Kind 3000 g)	enges Becken	?	Zangenversuche	Schädel

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Zange	todt	lebend Diam. bip. 9 cm	Tod am 4. Tage an nicht septischer Pneumonie	—	nach Harris.
Schädel	leichte Zange	genesen	asphykt. belebt, starb nach einigen Stunden 3500 g Diam. bip. 9,5 cm	leichtes Fieber, 25. Tag entlassen	Diastase 2—6 cm. Tod des Kindes der Zangenapplikation vor der Operation zugeschrieben	nach Queirel.
Schädel	wegen Blutung durch vorzeitige Placentarlösung Zange	genesen	asphykt. belebt 1840 g (?) stirbt am 10. Tage an Lebensschwäche	glattes Wochenbett, gute Heilung	vor Durchschneidung des Lig. arcuatum, Diastase nur $^1/_2$ cm, nach derselben $3^1/_2$, bei Extraktion 6 cm	nach Burckhardt.
Schädel	Zange am tiefstehenden Kopfe	genesen	lebend 3300 g Diam. bip. 9 cm	—	Symphysennaht mit Catgut	nach briefl. Mitth.
Schädel	Breuss's Zange	todt	lebend 3000 g	Tod an Sepsis, Endometritis Thrombophlebitis purulenta venae spermaticae, Symphysenwunde unr.	die Frau trat bereits inficirt ein, Diastase 6,5 cm.	nach Wertheim.
Schädel	Zange (5 Traktionen)	genesen	lebend 2830 g Diam. bip. 9 cm 8,5 cm	fieberhaftes Wochenbett; am 29. April aufgestanden, 6. Mai entlassen	—	nach briefl. Mitth. vom 9. Mai 1893.
Schädel	Zange	genesen	asphykt. belebt, 2500 g	bis 17. Tag leichtes Fieber, 19. Tag aufgestanden	Diastase 1,5—5,5 cm Clitorisblutung stark	nach v. Bidder.
Schädel	leichte Zange	genesen	lebend 3900 g Diam. bip. 9,6 cm	—	Diastase 5—5,5 cm	nach Varnier.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
164	21. III. 1893	Chrobak (III)	26jähr. I-p.	Conj. vera 80 mm	4 Tage	Breuss's Achsenzugzange	Schädel
165	22. III. 1893	Anna E. Broomall (Philadelphia) (II)	25jähr. II-p. Negerin	enges Becken, Conj. vera 82 mm	50 Std., 30 Std. nach Wasserabfluss	—	Schädel
166	23. III. 1893	Pinard (XIX)	33jähr. III-p. (1. Entb. Zange, todtes Kind; 2.: künstl. Frühgeburt, Zange, todtes Kind)	Conj. diag. 104 mm	—	—	Schädel O. I. G. T.
167	23. III. 1893	Zweifel (X)	43jähr. I-p.	allgem. ver. plattes Becken, Conj. vera 82 mm	$26^1/_2$ Std.	—	Schädel
168	24. III. 1893	Potocki (Guéniot's Klinik III)	24jähr. III-p. (einmal Abort, einmal Basiotrypsie)	Conj. diag. 90 mm	—	Zangenversuch	Schädel
169	24. III. 1893	Clifton Edgar (New York)	24jähr. I-p.	Conj. vera 82 mm	48 Stunden	—	Schädel
170	27. III. 1893	Lauro (Neapel)	27jähr. II-p. ad terminum	pl. Becken, Conj. vera 87 mm	9 Stunden	vergebl. Versuche der Wendung auf den Kopf	Schulterlage
171	29. III. 1893	Kaschkaroff (II)	30jähr. I-p.	105 und 90 mm	29. III. aufgenommen lange nach Wasserabfluss, seit 13 Std. Eklampsie +39,5°C. —100	—	Schädel
172	8. IV. 1893	Frank (Köln) (I)	41jähr. XI-p. (mehrmals Perforation u. auch künstliche Frühgeburt, zuletzt Kaiserschnitt) chron. Bronchitis, Herzdilatation	pl. rachit. Becken, Conj. vera 80 mm	Ascites (Uterus lag in einer Bauchhernie auf den Schenkeln) 6. IV. Wehenbeginn und Blasensprung	—	Schädel

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Zange	todt nach $20^1/_2$ Stunden	starb am nächsten Tage	Querriss zwischen Clitoris und Urethra, Dammriss, hinterer Scheidenriss genäht	Symphysendrahtnaht	nach v. Dittel.
Schädel	Zange	genesen	todtgeboren Diam. bip. 10 cm	Phlebitis cruralis im Wochenbett	—	nach Harris.
Schädel	Zange	genesen	asphykt. belebt 3730 g Diam. bip. 9,9 cm	—	Diastase 4—6 cm	nach Pinard.
Schädel	Muttermundseinschnitte und Zange, $^5/_4$ Stunde nach Operation (am tiefstehenden Kopfe)	genesen	asphykt. belebt 3500 g Diam. bip. 9,5 cm	—	Catgutknochennaht, Diastase 7 cm (!)	nach Zweifel.
Schädel	leichte Zangenextraktion	genesen	asphykt. starb bald	—	Diastase 5,5—6 cm Nabelschnur dicht am Nabel abgerissen (woher?), Meningeale Blutung	nach Varnier und nach Guéniot.
Füsse	Wendung Extraktion	genesen	lebend Diam. bip. 9 cm	—	—	nach Harris.
Fuss	Wendung	genesen	lebend	13. Tag aufgestanden, 19. Tag entlassen	starke Blutung aus der Hautwunde wegen Varices	nach briefl. Mitth.
Schädel	Zange und Dammeinschnitte	todt am 10. Tage	lebend, starb bald an eklampt. Convulsionen	Tod an parenchymatöser Nephritis am 10. Tage	Diastase 3,5 cm	nach Kaschkaroff.
Schädel	Zange	todt am 22. Tage	lebend	Tod d. Mutter an hypostat. beiderseit. Pneumonie. Verlauf gut bis zum 20. IV., vom 21. IV. an Fieber u. Sepsis. Prima reunio ausgeblieben	starke Blutung bei Operation, Knochennaht mit Silberdraht, Sandsäcke nach Verband	nach briefl. Mitth.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
173	9. IV. 1893	Eckstein (Teplitz)	41jähr. II-p. (1mal Abort)	allg. vereng. pl. rachit. Becken, Conj. vera 85 mm	5. IV. Wehenbeginn, erst 9. IV. Operation wegen Erschöpfung	—	Schädel
174	10. IV. 1893	Frank (II)	24jähr. I-p.	pl. rachit. Becken, Conj. vera 65 mm	?	?	?
175	17. IV. 1893	Schauta (IX)	32jähr. III-p. (einmal Zange, einmal spontan)	pl. rachit. Becken, Conj. vera 120 mm Conj. diag. 87 mm	Blasensprung vor Wehenbeginn, 48 Stunden, dann missfarbiges Fruchtwasser	vergebl. Versuch mit Breuss's Zange (blieb in situ)	Schädel

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Zange (3 Traktionen)	todt am 11. Tage	asphykt. belebt	Tod an Degeneration des Herzmuskels bei Erschöpfung und Chloroformwirkung	Nur $^3/_4$ der Symphyse durchschnitten, Rest platzt bei Zange, Dammincisionen	Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 19.
?	Wendung gelang nicht	genesen	lebend 2820 g	Prima reunio blieb aus, bis 29. V. Wunde noch nicht geheilt, Patientin kann noch nicht gehen bis 29. V.	Blutung. Einreissen des Septum vesicovaginal. Vom 3. bis 14. Tage Fieber zwischen + 38 und 39° C.	nach briefl. Mitth.
Schädel	Zange	genesen	lebend 3750 g, Diam. bip. 9,5 cm	Nicht die geringste Weichtheilverletzung. Theilweise fieberhafter Verlauf. Wegen Eiterung alle Nähte ausser dem Silberdraht am 25. IV. entfernt, der fest liegt aber nachgegeben hat. Ueber taubeneigrosse eiternde Wundhöhle, rechts Infiltrat bis Nabelhöhe. 10. V. Silberdraht entfernt. Langsame Heilung durch Granulation. Bindegewebige Vereinigung der Symphyse, Spalt von 1 cm	Diastase 3 cm. Eine Silberdrahtnaht	nach briefl. Mitth.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
176	18. IV. 1893	Pinard (XX)	31jähr. V-p. (1., 3. und 4. Kind spontan lebend, 2. Zange todt)	Conj. diag. 104 mm	übelriechender Ausfluss	—	Schädel
177	19. IV. 1893	Swięcicki (Posen)	21jähr. I-p.	allg. vereng. plattes Becken, Conj. vera 77 mm starke Lendenlordose	36 Stunden Dehnung des unteren Uterinsegmentes (Sanduhr)	—	Hinterscheitelbeinstellung oberhalb der Spin. ischii
178	24. IV. 1893	Zweifel (XI)	21jähr. I-p.	Conj. diag. 105 mm	24 Stunden 20 Minuten	Versuch mit Tarnier's Zange	Schädel
179	28. IV. 1893	Zweifel (XII)	29jähr. I-p.	Conj. diag. 105 mm allg. vereng. Becken	18 $^{1}/_{2}$ Std.	Zangenversuch bei drohender Uterusruptur	Schädel

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Zange	todt am 9. Tage	asphykt. belebt 3700 g	am 3. Tage Schüttelfrost, Fieber, Endometritis septica	verjauchtes Blutextravasat im Cavum Retzii. Sepsis	nach Pinard Annal. de Gyn. Juin 1893.
Schädel	Zange	genesen	lebend	2 Wochen Fieber; Beckengurt absolut nicht vertragen. Nach 3 Wochen Stümpfe vereint durch ein 1 cm breites fibröses Gewebe, rechter Schambeinast steht tiefer als der linke	Diastase bei Extraktion 4 cm. Scheidenläsion in mittlerer Höhe	nach Swięcicki briefl. Mitth.
Schädel	Zange am tiefstehenden Kopfe	genesen	asphykt. nicht belebt 3500 g	Scheidenriss rechts mit Catgut genäht, vom 3. Tage an Fieber, am 4. Tage Scheidennähte wieder entfernt, Entleerung übelriechenden Blutes. Fieber schwand vom 7. Tage an	(Nabelschnurumschlingung um den Hals)	nach Zweifel.
Schädel	Zange am Beckenboden 8 Stunden nach Operation	genesen	asphykt. belebt	Scheideneinriss in Verbindung stehend mit Knorpelwunde nicht genäht, fieberlose Heilung	Symphysencatgutnaht der Knochen	nach Zweifel.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
180	28. IV. 1893	Schauta (X)	33jähr. III-p. (spontan 1mal, 1mal Wendung bei Nabelschnurvorfall, todtes Kind)	plattes rachit. Becken, Conj. diag. 104 cm	55 Stunden, Blasensprung vor 19 Stunden	Zangenversuch (Breuss's Zange bleibt in situ)	Vorderscheiteleinstellung
181	6. V. 1893	Krönig (Zweifel's Klinik) (XIII)	19jähr. I-p.	einfach plattes Becken II. Grades, Conj. vera 67 mm	—	—	Schädel
182	13. V. 1893	Abel (Zweifel's Klinik) (XIV)	28jähr. I-p.	Conj. vera 85 mm, rachit. Becken	2 Tage	—	Schädel
183	? 1893	Küstner (Dorpat)	IV-p.	plattes Becken, Conj. vera 80 mm	Cervixdehnung, Meconium	Tarnier's Zange	Schädel
184	? 1893	Renssen (Arnheim)	?	?	?	?	?
185	11. VII. 1893	Müllerheim (Freund's Klinik II)	?	?	?	?	?
186	5. X. 1893	Ries (Freund's Klinik III)	?	?	?	?	?
187 bis 190	? 189?	Fritsch (Breslau)	Details fehlen mir zur Zeit, weiss nur anzugeben, dass laut				
191	1893	Pasquali (Rom)	?	?	?	?	?

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
Schädel	Zange	genesen	lebend 3950 g, Diam. bip. 9 cm	fieberlose Heilung. 11. V. Silberdraht entfernt, weil gelockert. Granulationsheilung. 15. V. aufgestanden	Diastase 4—5 cm, 22. V. Symphysenenden bis auf 3 mm genähert	nach briefl. Mitth.
Schädel	Zange	genesen	lebend 3100 g, Diam. bip. 9 cm	etwas Eiterung aus der Wunde u. Cystitis	—	nach briefl. Mitth.
Schädel	—	genesen	lebend 3600 g, Diam. bip. 9 cm	spontane Austreibung des Kindes 4½ Stunden nach Operation (zahlreiche Coccen im Wochenfluss)	wegen Nachblutung Nachtamponnade nothwendig. Scheidenincisionen	nach briefl. Mitth.
Schädel	?	genesen	lebend	—	—	nach Küstner.
?	?	genesen	lebend	?	?	nach briefl. Mitth.
?	?	genesen	lebend	?	Vesicovaginalfistel	nach Müllerheim.
?	?	genesen	todt	?	?	nach Müllerheim.
mündlicher Mittheilung des Herrn Fritsch alle 4 Mütter genesen sind.						
?	?	?	?	?	?	laut briefl. Mitth. von Lauro.

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
192	7. III. 1893	R. v. Braun (Wien) (I)	28jähr. III-p. (1. Zange, Schädelimpression, Kind starb nach wenigen Tagen; 2. Steisslage, Schädel bleibt stecken, Impressionen, todtes Kind) 142 cm hoch, Genu vavum sinistrum	einfach plattes Becken, Conj. diag. 100, vera 82 mm	5. III. nachts Wehenbeginn, nachmittags Blasensprung. 7. III. abends mit heftigen Wehen in die Klinik. Frucht auf 3600 g geschätzt (?)	Wendung unter Chloroform auf den linken Fuss	I. dorsoposteriore Querlage mit Vorfall des linken Armes (Uterus fest zusammengezogen)
193	11. III. 1893	G. Braun (Wien) (I)	23jähr. I-p. rachit., 132 cm hoch	allg. ungleichmässig ver. Becken 22, 24, 27, 15 1/2. Kartenherzeingang. Stenose des gesammten Beckenkanales. Conj. diag. 95, vera 75 mm	10. III. abends Wehenbeginn. 11. III. früh eingetreten, Blase steht bei verstrichenem Muttermunde und kräftigen Wehen. Frucht auf 2700 g geschätzt	Blasensprengung, Kopf manuell eingedrängt, dann Operation	Schräglage II. Position

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
I. Fusslage (nach der Wendung Herztöne gut)	Extraktion, beim Schädeldurchtritt Schwierigkeiten und ein Krachen im Becken	genesen	lebend (3800 g, 54 cm, Diam. bip. 9,6 cm)	Mutter am 37. Tage entlassen. Leichte Bronchitis, beim Husten Harn stossweise entleert. 23. III. Continenz, 26. III. aufgestanden, watschelnder Gang, schleift den linken Fuss nach. 26. VI. guter Gang ohne Schleifen des Beines. Arbeitet stehend in einer Fabrik, ganz gesund bis auf Harnträufeln im Stehen	Diastase 3—6,5 cm. Geringe typische Blutung, Tamponnade. Knochennaht mit Silber. 3 Etagen-Nähte. Blaue Binde. Gypsverband. Jodoformgazestreif hinter Symphyse. Hintere Gelenke schienen mit Sicherheit intakt. Am 26. V. Diastase der Symphyse von $2\frac{1}{2}$ mm. (Es soll die Gersuny'sche Incontinenzoperation gemacht werden.)	nach briefl. Mitth. Herrn Koffer's vom 1. Juli 1893.
Schädellage II. Position	linker Arm und Nabelschnur vorgefallen, reponirt, Zange, Epistotomia lateralis	genesen (35. Tag entlassen)	asphykt. Kind belebt, stirbt am 4. Tage an Atelektase der Lungen (2500 g, 45 cm, Diam. bip. 8,5 cm)	keine nennenswerthe Blutung, keine Weichtheilverletzungen, Silberdrahtknochennaht und 3 Etagen-Seidennähte. Verband wie in Fall 192	Diastase 2—6 cm. Harn vom 6. Tage an spontan. Afebriler Verlauf, hintere Gelenke schmerzfrei; 9 Tage Hautnähte entfernt. Silberdrähte 14. Tag. 17. Tag aufgestanden, Gang etwas watschelnd aber sicher. Symphyse federt nicht, dicke callöse Massen. 15. VI. Gang nicht mehr watschelnd, Federn von höchstens 1—$1\frac{1}{2}$ mm. Maasse: 23, $24\frac{1}{2}$, 27, $15\frac{1}{2}$ cm	(Ebenso.)

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
194	3. IV. 1893	R. v. Braun (II)	30jähr. II-p. (einmal 8monatl. Frühgeburt, todtes Kind) 155 cm hoch	plattes rachit. Becken mit stark geknicktem Sacrum, krumme Beine. 26, 27, 33, 17 cm. Conj. diag. 100 mm, vera 77 mm	2. IV. abends eingetreten, 3. IV. früh Blasensprengung bei verstrichenem Muttermunde, kräftige Wehen	erfolgloser Versuch die hintere Scheitelbeineinstellung zu corrigiren, vergebl. Versuch mit Simpson's Zange (in situ belassen)	I. Schädellage, hintere Scheitelbeineinstellung
195	5. IV. 1893	R. v. Braun (III)	28jähr. II-p. (einmal Kraniotomie). Jetzt wiederholt ausserhalb der Anstalt untersucht	allgem. verengtes plattes rachit. Becken, 25, 28, 31, $17^1/_2$ cm. Conj. diag. $9^3/_4$ cm, vera $8^1/_4$ cm. Sacralknickung, krumme Beine	4. IV. früh Wehenbeginn, abends Blasensprengung	künstliche Blasensprengung	I. Schädellage, hintere Scheitelbeineinstellung, Kopfgeschwulst bedeutend

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
I. Schädellage	Zange, Schädel tritt abnorm rotirt durch die Vulva, Episiotomie	genesen, am 29. Tage entlassen	lebend (3150 g, Diam. bip. 9,5 cm)	wie in Fall 193 Technik, keine Weichtheilverletzung. Afebrile Heilung, Bronchitis mit Harnfluss beim Husten. Nähte am 8., Drähte am 10. Tag entfernt, 20. Tag aufgestanden, 27. Tag fibröse Vereinigung, federnd, 3 mm klaffend	Diastase $1^1/_2$ bis $6^3/_4$ cm. Hintere Gelenke schmerzfrei. Bei Compression und beim Gehen verschieben sich die Symphysenstümpfe knarrend aneinander. Beim Umdrehen im Bette fühlt die Frau ein Federn in der Symphyse, arbeitet beschwerdefrei, kann aber nicht mehr an der Nähmaschine arbeiten, weil dabei die Knie schmerzen. 25. VI.: Maasse: 26, 27, $33^1/_2$, 17 cm. Symphysenenden klaffen jetzt 4 mm	nach briefl. Mitth. Herrn Koffer's vom 1. Juli 1893.
Schädellage	Simpson's Zange sofort nach Operation, 3 Tractionen; beim Zangenanlegen Schnurvorfall, 2malige Umschlingung um den Hals, Durchschneidung	todt am 5. Tage, Phlegmone des Zellgewebes des Beckens und der vordern Bauchwand. Ulcus ventriculi rotundum acutum perforatum	asphykt. belebt (2600 g, 46 cm, Diam. bip. 8,5 cm)	die hinteren Gelenke erscheinen bei Diastase der Symphyse leicht aufklappbar, aber vordere Bindung intact	Diastase $1^1/_2$—6 cm. Mässige Blutung, Fascia endopelvina liess sich nicht von der Symphyse loslösen, musste durchschnitten werden. Keine Weichtheilverletzung, Silberknochennaht. Verband und Naht wie in Fall 194. Tod an Sepsis	(Ebenso.)

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
196	6. IV. 1893	R. v. Braun (IV)	30jähr. I-p., 142 cm hoch	platt. rach. Becken, Conj. vera 60 mm, 26, 30, 33, 15 cm	4. IV. abends Wehenbeginn. 6. IV. früh Blasensprung. Ausser der Anstalt ohne Händewaschen untersucht. Drohende Uterusruptur	—	II. Schädellage
197	20. IV. 1893	Koffer (II)	32jähr. VII-p. (1mal Kraniotomie, 1mal spont. Frühgeburt im 8. Monat, 1mal künstl. Frühgeburt, 1mal spont. todtes Kind, 1mal Kraniotomie, 1mal hohe Zange, Kind starb gleich)	platt. rach. Becken, 26, $28^1/_4$, 31, 17 cm, Conj. vera 75 mm, Conj. diag. 90 mm	19. IV. Wehenbeginn nachmittags, abends Blasensprung	Breuss's Zange, 8 vergebl. starke Tractionen (in situ belassen)	I. Schädellage

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
II. Schädellage	Simpson's Zange nur mit grossem Kraftaufwande, dabei 2maliges Krachen in den hinteren Gelenken, 5 Tractionen	todt am 37. Tage an Pyoseptikämie u. Marasmus. Abscessus metastaticus subpleuralis	asphykt. belebt (2900 g, 49 cm, Diam. bip. 9 cm)	die vorderen Bänder der hinteren Gelenke intact, Symphyse lässt sich an der Seite leicht auf $5^1/_2$ cm aufklappen, daher klaffen beide hinteren Gelenke je 1 cm	Diastase 2—7 cm. Starke Blutung aus corp. cav. clitoridis, Symphyse lag extramedian, Risse in der vorderen Scheidenwand, Blase und Harnröhre intact. Naht wie im Fall 195. Hämaturie, Albuminurie, Cylinderumfang des perivaginalen u. perivesicalen Zellgewebes. Symphyse klafft an der Leiche $1^1/_2$ cm	nach briefl. Mitth. Herrn Koffer's vom 1. Juli 1893.
I. Schädellage	Zange	genesen, 28. Tag entlassen	lebend (4400 g, 56 cm, Diam. bip. 9,8 cm)	afebrile Heilung. 7. Tag Katheter, Cystitis. 18. Tag spontanes Harnen. 21. Tag aufgestanden, dann Callus, keine Verschiebung der Knochenenden, wiegender, langsamer, schleifender Gang. 27. VI. Diastase 2 mm. Wenn vormittags gearbeitet, muss die Frau nachmittags liegen. Beim Treppensteigen Schnarren in der Symphyse. 27, $28^1/_2$, 31, 17 cm.	Diastase 2—6 cm. Loslösung des retrosymphysären Gewebes wegen fester Einkeilung des Kopfes sehr schwierig. Die Fascia endopelvina nicht ablösbar, muss durchschnitten werden. Keine Weichtheilverletzung, keine Knochennaht, nur Etagen-Weichtheilseidennaht. Blaue Binden, Gypsverband. 25. VI. Diastase sehr deutlich, Gang besser, hat 3 Stunden getanzt ohne Ermüdung, Gang vollständig frei	(Ebenso.)

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
198	27. IV. 1893	G. Braun (II)	20jähr. II-p. (1. Entbind. Sectio caesarea August 1891 in Chrobak's Klinik)	allgem. verengtes platt. rach. Becken, doppeltes Promontorium, Scoliose. $24^1/_2$, 25, 29, 15 cm, Conj. diag. 92 u. 82 mm Conj. vera 67 mm	27. IV. Wehenbeginn	künstliche Blasensprengung, 7 Tractionen mit Breuss's Zange (bleibt in situ). Bei Symphyseotomie rutschen die Löffel ab	II. Schädellage
199	30. IV. 1893	Koffer (III)	27jähr. IV-p. (2mal Kraniotomie, 1mal künstliche Frühgeburt, schwere Axenzugzange, Kind starb nach $^1/_2$ Jahre)	allgem. verengtes rachit. Becken, doppeltes Promontorium. 25, $26^3/_4$, 31, $16^1/_2$ cm, Conj. diag. 90 mm Conj. vera 72 mm	30. IV. Wehenbeginn früh 5 Uhr, 9 Uhr früh nach Blasensprung eingetreten	—	II. Schädellage, hintere Scheitelbeineinstellung, am Promontorium Rand des rechten Ohres

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss		Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
		für die Mutter	für das Kind			
I. Schädellage nach manueller Verbesserung	Zange schwer anzulegen wegen Enge des Contraktionsringes	genesen, 21. Tag entlassen	asphykt. belebt, starb am 3. Tage an Atelectase (2770 g, 48 cm, Diam. bip. 8,8 cm)	afebrile Heilung, aber starke Anämie. Nach 3 Tagen spontan. 19. Tag aufgestanden, Gang schleifend. Dicker, fester Callus verbindet die Knochen unbeweglich	Diastase $2^1/_2$ bis $6^1/_2$ cm. Foudroyante Blutung aus corp. cav. clitoridis. Schwere Tamponnade. Keine Weichtheilverletzung. Keine Knochennaht, sonst Verband wie Fall 197. Bei Entlassung sicherer Gang	nach briefl. Mitth. Herrn Koffer's vom 1. Juli 1893.
II. Schädellage	Breuss's Zange	genesen, entlassen am 30. Tage	lebend (2900 g, 49 cm, Diam. bip. 8,9 cm)	afebrile Heilung. Prima reunio, harnt vom vom 2. Tage an, am 20. Tage aufgestanden. Bei Entlassung der dicke Callus reducirt, fibröse Verbindung, geringes Federn. Gang etwas watschelnd	Diastase 1,5—6 cm. Starke Blutung der Varices an der Hautwunde, Unterbindung; geringe Blutung aus der Tiefe, keine Weichtheilrisse. Keine Knochennath, sonst wie Fall 198. Koffer's Beckenhalter angewandt. Fascia endopelvina musste theilweise durchschnitten werden	(Ebenso.)

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
200	3. V. 1893	R. v. Braun (V)	40jähr. VI-p. (1 Abort, 1 Frühgeburt, 8mon. todtes Kind, 1 Zange (todtes Kind), 1 Kraniotomie, dann spontan Zwillinge), 147 cm hoch	allgem. verengtes plattes rachit. Becken. 25, 26, 30, 15 cm, Conj. diag. 82 mm Conj. vera 67 mm (ausserhalb der Anstalt mehrfach untersucht)	3. V. früh Wehenbeginn	—	I. Schädellage, Kopf beweglich über dem Eingange
201	19. III. 1893	Holmes (Portland-Oregon)	23jähr. I-p. (in der Privatpraxis)	Conj. vera 76 mm	—	—	Schädel
202	30. III. 1893	Taylor (Cincinnati)	28jähr. I-p.	Osteomalacie, Conj. vera 70 mm	—	—	?
203	8. V. 1893	Zinke (Cincinnati)	32jähr. VI-p. (in der Privatpraxis)	—	72 Stunden	—	Schädel
204	13. VI. 1893	Dickinson (Brooklyn)	26jähr. II-p.	—	12 Stunden	—	Schädel

Endgültige Fruchtlage	Geburtshülfliche Manipulation nach der Operation	Ergebniss für die Mutter	Ergebniss für das Kind	Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
I. Schädellage	Eihautsprengung, Wendung auf den rechten Fuss, Extraction	todt am 29. Tage Anaemia, Marasmus e phlegmone ichorosa textus cellulosae pelveos. Bronch. purul.	asphykt. belebt, (2900 g, 50 cm, Diam. bip. 9 cm)	Harnincontinenz, 4 Tage Katheter. Schweres Fieber, Septikaemie. Beim Sprengen der Symphyse klaffen die hinteren Gelenke $^1/_2$ cm, aber kein Bluterguss darin	Diastase $1^1/_4$—7 cm. Schwere venöse Blutung aus der corp. cav. clitoridis, Aushöhlung des linken Labium majus durch Tamponnade wird faustgross. Keine Weichtheilrisse, keine Knochennaht, sonst wie in Fall 199	nach briefl. Mitth. Herrn Koffer's vom 1. Juli 1893.
Schädel	Zange	genesen	lebend	—	—	nach briefl. Mitth. von Harris.
?	?	genesen	lebend	—	—	nach Taylor.
Schädel	Zange	genesen	lebend	—	—	nach Harris.
Schädel	Zange	genesen	lebend	—	—	(Ebenso.)

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
205	9. XI. 1892 (Die erste Ischiopubiotomie nach dem Vorschlage Farabeuf's.)	Pinard (XXI)	Trémoulet, 32jähr. V-p. (1.: Zangenversuch, Wendungsversuch, Basiotrypsie (Bouilly) 1887; 2.: künstl. Frühgeburt, Schädellage, äussere Wendung auf den Steiss, Kind lebte 5 Mon., 1888; 3.: 6 Zangenversuche, Wendung, Kraniotomie misslang, neue Zange vergeblich, endlich manuell extrahirt durch drei zugleich arbeitende Personen; 4.: künstl. Frühgeburt, Zange, todtes Kind, 1891)	schräg verengtes Becken mit Ankylose der rechten Ileosacralfuge	8. XI. nachmittags, 9. XI. früh Operation	—	Schädel
206	13. II. 1893	Rodriguez de Santos*) (II)	21jähr. I-p. (in der Privatpraxis)	—	—	—	Schädel
207	31. III. 1893	Packard (Boston)	30jähr. IV-p.	Conj. vera 70 mm	48 Stunden	—	Schädel
208	22. IV. 1893	Longaker (Philadelphia)	30jähr. IV-p.	Conj. vera 76 mm	10 Stunden	—	Schulterlage

*) Bezüglich der ersten Operation von Rodriguez de Santos (Fall 113): 11. XI. 1892, Kind gerettet.

End-gültige Frucht-lage	Geburts-hülfliche Manipu-lation nach der Operation	Ergebniss		Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
		für die Mutter	für das Kind			
Schädel	leichte Extraction mit Tarnier's Zange	genesen	lebend 3970 g	Prima reunio. Nähte 8. Tag entfernt. Leichter Druck-decubitus am Kreuz-bein. 19. XII. auf-gestanden, guter Gang	Diastase 2,6—4 cm. Keine Knochennaht, weil treffliches Aneinanderliegen	nach Pinard.
Schädel	?	genesen	lebend	—	—	nach briefl. Mitth. von Harris.
Schädel	Zange	genesen	todt	—	—	(Ebenso.)
Schädel	Wendung aufd.Kopf, Zange	genesen	lebend	—	—	(Ebenso.)

19jähr. I-p., Operation in der Privatpraxis bei Schädellage, Zangenextraction. Mutter und

Nummer	Datum	Operateur, Ort	Name der Operirten, Alter, vorausgegangene Geburten	Becken, Conj. vera, diagonalis	Seit Beginn der Geburt bis zur Operation verflossen	Geburtshülfliche Manipulation vor der Operation	Kindeslage zur Zeit der Operation
209	23. VI. 1893	Murray (New York)	36jähr. Frau	?	?	?	Schädel
210	26. VI. 1893	Broomall (III)	42jähr. XII-p. (10 Kinder todt geboren, 1 lebend bei künstlicher Frühgeburt)	?	3 Tage	—	Schädel
211	27. VI. 1893	Hirst (II)	II-p., rach., (1mal künstliche Frühgeburt mit Wendung)	?	?	?	?
212	? 189 ?	Pruvost (Raisnes)	erwähnt von Eustache (Details fehlen).				
213	? 189 ?	Valin (Lille)	erwähnt von Eustache (Details fehlen).				
214	? 1893	Eustache (Lille)	Wegen zu starker Schenkelspreizung platzte eine Articulatio Eustache l. c.).				

Berichtigung

Bei Fall 60 muss es heissen: Operation in der
bei Fall 63, 69, 74, 77, 83, 92, 119, 130 sind statt der

End-gültige Frucht-lage	Geburts-hülfliche Manipu-lation vor der Operation	Ergebniss		Folgen	Anmerkungen und Bemerkungen	Bibliographischer Nachweis
		für die Mutter	für das Kind			
Schädel	?	genesen	lebend	—	—	nach briefl. Mitth. von Harris.
Schädel	Zange	todt am 12. Tage an Sepsis	lebend	—	zersetzter Bluterguss hinter der Symphyse	(Ebenso.)
?	?	genesen	lebend	—	—	(Ebenso.)

sacroilaca, Heilung mit Abscedirung des Gelenkes. Mutter und Kind gerettet (nach

dieser Tabelle:

Privatpraxis statt VIII. Operation in Pinard's Klinik;

Ziffern IX—XVI die Ziffern VIII—XV zu setzen.

Die vorstehenden 214 Operationen (213 Schamfugenschnitte und 1 Ischiopubiotomie nach dem Vorschlage Farabeuf's bei schräg verengtem Becken mit glücklichem Ausgange für Mutter und Kind vollzogen, die vorläufig hier nicht berücksichtigt werden soll) vertheilen sich wie folgt:

auf das Jahr 1887	kommen	4	Operationen
„ „ „ 1888	„	7	„
„ „ „ 1889	„	7	„
„ „ „ 1890	„	7	„
„ „ „ 1891	„	12	„
„ „ „ 1892	„	79	„
„ „ „ 1893 (Jan.—Ende Juni)		97	„
	Zusammen	213	Operationen

Frankreich. 54 Operationen von 26 Operateuren ausgeführt: Pinard 14, Ribemont-Dessaignes 5, Porak 4, Lepage 3, Budin, Fochier, Guéniot, Potocki, Queirel, Varnier je 2, Beltrami, Benet, Beugnies, Bouffe, Duchamp, Eustache, Maygrier, Moussous, Pantaloni, Pruvost, Rémy, Tarnier, Tellier, Tollemer, Valin und Wallich je 1 Operation. — 40 Operationen in Paris (davon 20 in Pinard's Klinik), 5 in Marseille, je 2 in Lyon und in Lille, je 1 in Bordeaux, St. Étienne, Givet, Nancy und Raismes. — Von 44 lebend geborenen Kindern starben 13 innerhalb 3 Tagen infolge protrahirter Geburt, Schädelläsionen (meningeale Blutergüsse, Schädelimpression, Frakturen), 1 infolge syphilitischer Cachexie; 31 Kinder gerettet. 5 Kinder waren schon vor der Geburt abgestorben, 2 starben in der Geburt ab (2mal musste nach, resp. trotz vorausgegangener Symphyseotomie die Basiotrypsie ausgeführt werden). Für 3 Kinder Schicksal nicht angegeben. Porak verlor 2 von 4 Operirten, Ribemont 2 von 5 Operirten, Pinard 1 von 14 Operirten, Beugnies, Maygrier, Tellier je 1. (Die Ischiopubiotomie Pinard's ist hier nicht mit berücksichtigt.)

Italien. 49 Operationen von 17 (?) Operateuren vollzogen (2 in Mailand, 1 in Novara, 1 in Rom, 45 in Neapel).

Von 49 Frauen 46 genesen, 2 gestorben, Loos 1 Operirten (Pasquali's) mir zur Zeit nicht bekannt. Von 45 lebend geborenen Kindern starben 3 bald = 42 gerettet, Loos 1 Kindes unbekannt (Pasquali), 6 todt (1 schon vor der Operation todt, 2 sub partu abgestorben, 3 starben innerhalb 24 Stunden post partum). — Campione, Cruzzi, San Gregorio, Lacetti, Lauro, Martone, Pasquali, Postiglione, Scibelli, Truzzi operirten je 1mal, Caruso, Martino, Olivieri je 2mal, Mancusi 6mal, Novi 9mal, Morisani 16mal, 2 Operationen im Spital degli Incurabili von ? ausgeführt. Martino und Olivieri verloren je 1 Operirte an Sepsis. — Martino und Caruso sahen jeder ein Kind todtgeboren, Novi operirte einmal bei abgestorbener Frucht, Morisani sah 2 Kinder, Novi 1 bald nach der Geburt sterben.

Oesterreich-Ungarn. 30 Operationen von 13 Operateuren vollzogen (je 1 Operation in Pressburg, Teplitz, je 2 in Krakau, Prag, 23 in Wien). 24 Mütter überlebend, 6 gestorben; 30 Kinder lebend geboren, von denen 4 bald nach der Geburt starben. Auf Schauta's und Gustav Braun's Klinik kommen je 10 Operationen mit 1, resp. 3 Todesfällen. Schauta hat 8mal operirt, Richard v. Braun 5mal mit Verlust dreier Mütter, Chrobak 3mal mit Verlust einer Mutter, Koffer 3mal, Gustav Braun und Rubeška je 2mal, Eckstein, Harajewicz, Hertzfeld, Latzko, Madurowicz, v. Velits und Wertheim operirten je 1mal; Eckstein und Wertheim verloren ihre Operirten.

Deutschland. 35 Operationen von 14 Operateuren vollzogen: 14 Operationen in Zweifel's Klinik in Leipzig, je 4 in Dresden und in Breslau, 3 in Strassburg, je 2 in Berlin, Erlangen, Fünfkirchen, Köln, je 1 in Oppeln und Posen. Von 35 Müttern 31 genesen, 4 gestorben (Leopold's 4. Operirte in der 4. Woche plötzlich an Embolie der Art. pulmon., Olshausen's 2. Operirte an Eklampsie, Schwartz's 2. Operirte am 8. Tage an Pelveoperitonitis, Frank's 1. Operirte an Sepsis). Für die Kinder fehlen

in 4 Fällen Fritsch's die Angaben; 1mal Symphyseotomie nach Decapitation wegen Retention des Kopfes, von 30 vor der Operation lebenden Kindern 2 todt geboren, 28 lebend, von denen 4 bald starben, also von 30 nur 24 gerettet.

Amerika. 28 Operationen von 23 Operateuren vollzogen (25 in den Vereinigten Staaten, 1 in Canada, 2 in Brasilien). 24 Mütter überlebend, 4 todt, 22 Kinder überlebend, 6 todt (3 todtgeboren, 3 bald post partum gestorben). 3mal operirte Anna Broomall (Philadelphia), je 2mal Egbert Grandin (New York), Barton Cooke Hirst (Philadelphia) und Rodriguez de Santos (Rio de Janeiro), je 1mal Clifton Edgar, sowie auch Henry Coe (New York), Davis (Philadelphia), Dickinson (Brooklyn), Milton Duff (Pittsburgh), Garrigues (New York), Holmes (Portland-Oregon), Jewett (Brooklyn), Kennan (Staat Illinois), Kreider (Illinois), Longaker (Philadelphia), Lusk (New York), Michael (Baltimore), Murray (New York), Noble (Philadelphia), Parkard (Boston), Springle (Montreal in Canada), Taylor (Cincinnati-Ohio) und Zinke (Cincinnati-Ohio). In den Fällen von Jewett, Lusk, Michael starb das Kind nach 24 Stunden, 17 Stunden, resp. 3 Tagen an Schädelläsion, im 2. Falle Anna Broomall's und im Falle Kreider's und Packard's todtgeborenes Kind. Davis's Operirte starb am 4. Tage an nicht septischer Pneumonie, Kreider's Operirte am 12. Tage an nicht mit der Operation zusammenhängender septischer Peritonitis, Lusk's Operirte starb nach 12 Stunden (Uterus- und Blasenruptur?). Broomall's dritte Operirte an Sepsis am 12. Tage.

Russland. 10 Operationen von 8 Operateuren, davon 2 in Finnland: 8 Mütter überlebend, 2 todt, 8 Kinder gerettet, 2 starben. Kaschkaroff (Jaroslawl) und Toerngren (Helsingfors) operirten je 2mal, v. Bidder (Petersburg), Küstner (Dorpat), Krassowski (Petersburg), Lebedjew (Petersburg), v. Rein (Kijew), v. Ott (Petersburg)

je 1mal. Kaschkaroff's 2. Operirte starb am 10. Tage an parenchymatöser Nephritis, Toerngren's erste Operirte an Cor adiposum bei Chloroformwirkung. Kaschkaroff verlor beide Kinder innerhalb 24 Stunden.

England. 2 Operationen (1 davon in Irland): Lewers (London) und Smyly (Dublin) retteten jeder Mutter und Kind.

Schweiz. 3 Operationen von Fehling in Basel mit Erhaltung sämmtlicher Mütter, von 3 lebend geborenen Kindern starben 2 bald.

Holland. 2 Operationen von Treub (Leyden) und Renssen (Arnheim). Treub's Operirte starb nach 1/2 Stunde an Blutverlust, Renssen's Operirte genas, beide Kinder gerettet.

Gesammtergebniss der Uebersicht von 213 Schamfugenschnitten von 1887 bis Ende Juni 1893.

Frankreich. 54 Operationen: 44 Mütter gerettet, 8 gestorben, 2 (?); 44 Kinder lebend geboren, von denen 13 innerhalb 3 Tagen starben = 31 gerettet; 7 todtgeboren, von denen 5 vor der Operation todt waren, 2 sub partu abstarben, für 3 fehlen die Angaben.

Italien. 49 Operationen: 46 Mütter gerettet, 2 verstorben, 1 (?); 45 Kinder lebend geboren, von denen 3 binnen 24 Stunden starben = 42 gerettet, 7 zu Grunde gegangen (1 vor der Geburt, 2 in der Geburt abgestorben, 3 bald nach der Geburt gestorben, 1 (?).

Oesterreich-Ungarn. 30 Operationen: 24 Mütter gerettet, 6 gestorben; 30 Kinder lebend geboren, von denen 4 innerhalb 3 Tagen starben = nur 26 von 30 gerettet.

Deutschland. 35 Operationen: 31 Mütter gerettet, 4 gestorben, einmal Operation wegen nach Decapitation zurückgebliebenen Kopfes. Von 30 vor der Operation lebenden Kindern 2 todt, 28 lebend geboren, von denen

4 bald starben, also nur 24 gerettet, 1 Kind vorher todt, für 4 Kinder fehlen die Angaben.

Amerika. 28 Operationen: 24 Mütter gerettet, 4 gestorben; von 28 Kindern 25 lebend geboren, von denen 3 innerhalb 3 Tagen starben = 22 gerettet, 3 todt geboren.

Russland. 10 Operationen: 8 Mütter gerettet, 2 gestorben; 10 Kinder lebend geboren, von denen 2 bald starben = 8 gerettet.

England. 2 Operationen: 2 Mütter, 2 Kinder gerettet.

Schweiz. 3 Operationen: 3 Mütter gerettet, 2 Kinder starben bald, 1 gerettet.

Holland. 2 Operationen: 1 Mutter gerettet, 1 gestorben, 2 Kinder gerettet.

Zusammen auf 213 Operationen: 183 Mütter gerettet, 27 gestorben, 3 (?) [2 Fälle von Pruvost und Valin, 1 von Pasquali].

Stellen wir das Ergebniss nach den Ländern zusammen, so ergiebt sich

I. bezüglich der Mütter:

	Operationen	Mütter gerettet	gestorben	Loos unbekannt
Frankreich	54	44	8	2
Italien	49	46	2	1
Deutschland	35	31	4	—
Oesterreich-Ungarn	30	24	6	—
Amerika	28	24	4	—
Russland	10	8	2	—
Schweiz	3	3	—	—
Grossbritannien	2	2	—	—
Holland	2	1	1	—
	213	183	27	3 (?)

Also kommen auf 210 Operationen 27 Todesfälle für die Mütter = 12,85 % Sterblichkeit für die Mütter.

II. bezüglich der Kinder:

	Operationen	Loos unbekannt	vor Operation todt	unter der Geburt abgestorben	lebend geboren	bald gestorben	gerettet	zu Grunde gegangen trotz Operation
Frankreich	54	3	5	2	44	13	31	15
Italien	49	1	1	2	45	3	42	5
Deutschland	35	4	1	2	28	4	24	6
Oesterreich-Ungarn	30	—	—	—	30	4	26	4
Amerika	28	—	—	3	25	3	22	6
Russland	10	—	—	—	10	2	8	2
Schweiz	3	—	—	—	3	2	1	2
Grossbritannien	2	—	—	—	2	—	2	—
Holland	2	—	—	—	2	—	2	—
	213	8	7	9	189	31	158	40

Für die Kinder fehlen für 8 Fälle die Angaben; auf 205 Operationen: 189 lebend geborene Kinder, von denen 31 bald starben = 158 gerettet; 16,4 % der lebend geborenen Kinder starben bald. 7 Kinder schon vor der Operation todt, 9 in der Geburt abgestorben, also 16 todt geboren = 7,08 % todtgeborener Kinder. Ziehen wir von diesen 205 noch 7 Operationen bei vorher todtem Kinde ab, bleiben 198 Fälle: auf diese 198 Operationen 189 Kinder lebend geboren, 9 todt geboren = 4,54 % Sterblichkeit. 40 Kinder sind zu Grunde gegangen (9 todtgeboren, 31 bald nach der Geburt gestorben) = 20,2 % der Operationen ergaben Verlust des Kindes. Das Sterblichkeitsprocent der Operationen bei lebendem Kinde, insofern die Operation zur Erhaltung des kindlichen Lebens gemacht wurde, betrug also 20,2 %. — Als maassgebend würde somit für die Lethalität der Operation für die Mutter 12,85 %, für die Kinder 20,2 % gelten — nach der bisherigen Statistik.

Nachtrag.

In der kürzlich in Strassburg erschienenen Dissertation von Carl Behn: „Welche Stellung soll die moderne Geburtshülfe zur Symphyseotomie einnehmen?“ finde ich noch einige ältere Fälle angegeben, die mir bisher nicht zugänglich waren.

3 Operationen von Mannini in Neapel 1822 ausgeführt [von den 3 Müttern 2 genesen, 1 gestorben. Schicksal der Kinder?], je 1 Operation von Bleuland, Meyer (erwähnt nach J. Fr. Osiander: Bemerkungen über die französische Geburtshülfe, Hannover 1813), sämmtlich vor 1809 ausgeführt, je 1 Operation von Delgado, Delhuyar, L'Héritier und Williams (nach Kilian's operativer Geburtshülfe von 1834 erwähnt), je eine in Konstantinopel, Bannières en Artois und in Frankfurt ausgeführt, endlich 3 Operationen von Manchini (London med. and phys. Journal 1823. Vol. XLIX. Dec.) [nicht identisch (durch Druckfehler?) mit Mannini?] Die Details fehlen vollständig.

Sodann fand ich bei Behn folgende mir fehlende Details bezüglich der ältesten Statistik, die hier ergänzt seien.

Zu Fall 10 meiner ältesten Statistik: Groshans: 31jähr. rachit. Frau. Operation nach 4tägigen Wehen, Kind todt geboren. Mutter genesen nach 25 Tagen. (E. v. Siebold's Gesch. d. Geburtsh. Berlin 1845. II. Bd. S. 517.)

Zu Fall 19: Van Münster: 25. März 1779. Conj. vera 73 mm. Nach vergeblicher Zange Operation, Diastase 54 mm. Kind todt, soll vor Operation abgestorben sein. Mutter nach 6 Wochen gesund. (Lucina VI. p. 117.)

Zu Fall 20: Van Münster: 28. April 1779. Zweitgebärende. Conj. vera 81 mm. Nach vergeblicher Zange Operation. Diastase 40 mm. Zangenextraktion, Mutter und Kind gerettet. (Lucina VI.)

Zu Fall 36: Van Münster: 19. Mai 1779 (30. October 1783?) zum zweiten Male operirt. 3 Tage Wehen, Operation leicht, weil Knorpel weich. Diastase 27 mm. Kind spontan geboren, „war wegen der vorangegangenen Einkeilung gestorben". Frau genas und abortirte später im 5. Monate. (Lucina VI.)

Zu Fall 56 (?): Van Münster: 9. März 1800 (1804?) 32jähr. rachit. Erstgebärende. 2 Tage Wehen, Durchschneidung schwer, weil Knorpel schief verlief, Diastase 27 mm. 3 Stunden nach Operation Zange — lebendes Kind, starb bald. Mutter starb am 3. Tage an Sepsis. (Lucina VI.)

Zu Fall 53: Bolsius: Conj. vera 67 mm. 5 Tage Wehen, bald nach Operation spontane Austreibung, Kind starb am 3. Tage an „Zuckungen". Incontinentia urinae, später geheilt. Schweres Wochenbett. (v. Siebold's Journ. I. 1813. S. 502.)

Zu Fall 54: van Wy: 25. December 1804: Viertgebärende. Conj. vera 83 mm. Früher 3 Zangengeburten, 1 lebendes Kind. Die verknöcherte (?) Symphyse wird mit dem Messer zerschnitten, da Säge wegen Hängebauch nicht gut verwendbar. 2 Stunden nach Operation Zange; todtes Kind. Frau genas nach 3 Monaten. (v. Siebold's Journal I. Bd. 1813.)

Zu Fall 58: Prillewitz: Mutter gerettet, Kind todt.

Zu Fall 74: Mursinna 1814 (1815?): 4 Fuss hohe Frau mit plattem rachit. Becken. Schnitt von aussen nach innen. Gleich nach Durchschneidung unter lautem Krachen der Ileosacralgelenke spontane Austreibung. Kind ohne Lebenszeichen, Frau starb nach wenigen Augenblicken. (Sinogowitz l. c.)

Zu Fall 86: Stock: 23jähr. Erstgebärende. Conj. vera 67 mm. 2 Tage Wehen. Oedem der äusseren Genitalien, Kind ohne Lebenszeichen, Meconium, vergebliche Zange. Perforation und nachher Symphyseotomie (!). Langsame Genesung, Harnincontinenz blieb nach. (v. Siebold's Journal XII. p. 350.)

Zu Fall 109: Dammann: 3 Tage Wehen, normales Becken, verwachsene Fontanellen. Zangenanlegung unmöglich wegen Einkeilung. Nach Operation erfordert die Zange noch ungeheuere Kraftentfaltung. Kind, Monstrosität mit enorm grossem Kopf, lebte nur einige Augenblicke. Wöchnerin genas nach 6 Wochen bis auf geringen Gebärmuttervorfall.

Zu Fall 112 u. 113: Ballentani und Marescotti sollen jeder Mutter und Kind gerettet haben.

L. c. S. 21 giebt Behn noch Auszüge bezüglich zweier von mir nur erwähnten Operationen van Münster's:

1) 11. November 1802: 23jähr. hinkende Frau, Rachitis, Conj. vera 67 mm. Kind lebte 11 Tage. Verband nur mit Serviette, Frau genas nach 6 Wochen. (Lucina VI.)

2) 19. Januar 1804: Drittgebärende. 2 schwere Zangengeburten, Conj. vera 71 mm. Vergebliche Zange. Diastase durch die Wehen auf 40 mm erweitert. Levret's Zange. Fieberhaftes Wochenbett. Incontinentia latii nach 6 Wochen geheilt. Frau nach 4 Wochen gesund. (Lucina VI.)

und der Operation Ozanam's (Fall 127 meiner Statistik): 18. Jan. 1817. 18jähr. Erstgebärende. Santa Catarinaspital in Mailand, Skoliose, Conj. vera 61 mm; rechter Fuss liegt vor. Krachen beim Spalten der Symphyse. Diastase 34 mm. Todtes Kind extrahirt. Frau nach 4 Wochen genesen.

Nach Gotchaux (l. c. p. 31) soll Imbert 1834 in Lyon eine subcutane Symphyseotomie ausgeführt haben, ebenso soll Piccinini eine subcutane Symphyseotomie nach eigener Methode ausgeführt haben. Pilla, Viviani und Mandruzzi sollen nach Gotchaux ebenfalls operirt haben.

Gotchaux giebt die Beschreibung einer von Da Camen in Italien bei normalem Becken bei Schulterlage ausgeführten Operation. Mutter und Kind starben, Corradi bezweifelt, dass diese Indikation Anhänger finden werde.

Belluzzi (Fall 135 und 136) soll 2mal nach einem ihm von Prof. Rizzoli angegebenen Verfahren mittelst Osteotom operirt haben. [Bulletin des sc. méd. 1886. XXIV. p. 340 und 1867. IV. p. 374.]

Ghersi operirte an einer osteomalacischen Bäuerin im Gebärasyl des Pammatone Spitals in Genua; Beckenausgangsstenose bedeutend. Nach Operation Zange. Mutter und Kind gerettet. Osteomalacie dauerte fort.

Bezüglich der Operation Maslieurat's fand ich nachträglich die Angabe, er habe operirt bei todtem Kinde wegen Zurückbleiben des Kopfes nach Wendung und Extraktion an den Füssen und zwar in Ermangelung von Perforationsinstrumenten. Becken nur wenig oder gar nicht allgemein verengt. Frau genas schnell.

Nach Gotchaux (l. c. S. 162) hat Ollier in Lyon in einem Vortrage die präventive Symphyseotomie in der Schwangerschaft vorgeschlagen, seinen Vorschlag jedoch nie ausgeführt.

Gotchaux macht l. c. S. 135 noch folgende Angabe, die hier wiedergegeben sei: Vesal kannte die Schamfugenlockerung und Diastase im puerperalen Zustande, Palfyn, Roederer, Mauriceau sollen dieselbe geleugnet haben, ebenso Paré, letzterer soll jedoch seine Ansicht geändert und seinen Irrthum gelegentlich einer Sektion zugegeben haben (Oeuvres. Lyon 1685 livre XXIII: De la Génération p. 696), die von Sever. Pinaeus (Opercula anat. et phys. etc. lib. II. c. 9. p. 1597) in seiner Gegenwart an einer 2 Wochen post partum Verstorbenen ausgeführt wurde. Diese Diastase soll oft post partum noch merklicher ausgesprochen sein und letzteres von den folgenden Autoren anerkannt sein:

Fabr. Hildanus (Obs. chir. Cent. VI. obs. 39. p. 547).
Guillemeau (L'heureux accouchement. Livre II. chcp. I).
Harvey (De part. lib. gen. animal.).
Morgargni (Du siège et des causes des maladies. Paris 1838. T. III. livre XLVIII. Nr. 44 et 45).
Hunter, Louis, Duverney (Traité des maladies des os. Paris 1751).
Puzos (Traité des accouch. Paris 1759. p. 2). Smellie (Observ. sur les accouch. T. II. obs. 1 et 2). Levret (L'art des accouch. Paris 1761. p. 5. Nr. 26 et 27).
Portal (Cours d'anat. méd. Paris 1804. T. I. p. 351).
Gardien, Baudelocque, Bichat (Anatomie générale. Paris 1831. T. III. p. 79).
Capuron (Cours théor. et prat. d'accouch. Paris 1823. p. 672).
Boyer (Traité des malad. chirurg. Paris 1831. T. IV. p. 130).
Lawrence, Desault, Béclard, Maygrier (Nouv. démonstrat. d'acc. Paris 1822. p. 4). Burns, Désormeaux (Report. des sc. méd. T. V. p. 80). Me Boivin, Velpeau (Traité élément. de l'art des acc. Paris 1829. I. p. 29). Chailly, Malgaigne (Traité des fractures et des luxations. T. II. p. 790). Putegnat (Journ. de méd. de Bruxelles 1843. p. 462: Bulletin de thérap. T. LXIV. p. 123).
Debout (Bulletin de thérap. 1843. T. LXIV. p. 20).
Pigeolet (Journ de méd. et de chir. de Bruxelles).
Stoltz (Bulletin de thér. 1843. V. LXIV. p. 254).
Joulin (Traité complet d'acc. Paris 1867. p. 41 et 1205).

Hiermit möge der erste Theil meiner Arbeit, der historische Rückblick auf die Geschichte des Schamfugenschnittes, sowie die Zusammenstellung der bisherigen älteren Casuistik von 136 resp. (mit Einbeziehung von 19 im Nachtrage erwähnten) 155 Operationen von 1777 bis 1860, 68 Operationen von 1860 bis 1886 und 214 Operationen von 1887 bis 1893 (Ende Juni), zusammen 437 Operationen, einen Abschluss finden unter Hinzufügung eines ausführlichen Litteraturverzeichnisses. Es sei mir gestattet in dem demnächst folgenden zweiten Theile der Arbeit die praktischen Ergebnisse dieser statistischen Zusammenstellung der einzelnen Operationen zu er-

örtern. Daselbst sollen auch die anatomischen, physiologischen und experimentellen Studien, die geburtshülflichen und chirurgischen klinischen Studien (Zeitpunkt und Technik der Operation, Wundbehandlung, Beendigung der Geburt nach der Operation, Nachbehandlung), die Gefahren und Complikationen der Symphyseotomie, die entfernten Resultate für die überlebende Mutter, endlich die Anzeigen und Gegenanzeigen, sowie die Stellung der Symphyseotomie zu den anderen geburtshülflichen Operationen ihre Besprechung finden.

Warschau, Leszno 33, im Juli 1893.

Franz Neugebauer.

Bibliographisches Litteraturverzeichniss.

A. Aeltere Litteratur.

I. Aelteste Litteratur mit Bezug auf die Lehre von dem Schambeingelenk.

1. Hippocrates: „De natura pueri“ — „De epidem.“

2. Giacomo Silvio: In Hippocratis et Galeni Physiologiae partium anat. Isagoge. Venetiis. Lib. I. Cap. 2. p. 21.

3. Realdo Colombo: De re anatomica. Venetiae 1559 p. 81.

4. Vesal: De humani corporis fabrica. Venetiae 1568 p. 96 und 1647 Epist. p. 7.

5. Cordaei in Hippocratis Lib. pr. de Morbis Mulierum Comment. Gynaeciorum. Basileae 1586. III. p. 296. 475. 476.

6. Avicennae: Canon. Lib. I. F. III. Doctrina I. Venetiae 1595. I. p. 164.

7. Paré: Oeuvres. Livre XVIII. Chap. 13. Paris, Ausgabe von 1840. II. p. 665. — Siehe auch: Livre XXIII. Lyon 1685. De la Génération p. 696.

8. Dionis: Traité général des accouch. Paris 1718 — und — Traité d'anatomie. Paris 1729. p. 208.

9. Severini Pinaei: De Virginitatis notis, graviditate et partu. Lib. II. Cap. VI. Cap. X. p. 175. — Lugduni Batavorum 1641 p. 148. (Siehe auch: Opuscula anatom. et physiolog. . . Lib. II. Cap. 9. p. 1597.)

10. De la Courvée Joh. Claudii Vesulani, Reginae Poloniae et Sueciae Medici: „De Nutritione foetus in utero paradoxa“. Dantisci 1655 p. 245: „pubis ossa ita erant constricta et conjuncta ut vix novacula potuerint diduci; his diductis extractus est infans eo situ, quo prodibat, omnino naturali.“ — „Unde judicavimus, non alio frustrati partus utriusque mortis causam esse deducendam nisi qua haec non potuerint diduci; erat enim ipsa brevis admodum staturae, senicula, quadragesimum octavum aetatis annum agens nec antea gesserat utero“ (p. 245).

11. Thomae Bartholini: „De insolitis partus humani viis.“ Hafniae 1664 p. 22. — und — Anatom. ration. 1669. c. 16.

12. Plenck: Elementa artis obstetriciae. Viennae 1787 p. 206: „Si tunc temporis (1766) serius de usu synchondrotomiae in muliere viva cogitassem, facile potuissem hujus inventionis inventor evadere, at ego recte, quod sortis humanae nimis saepe est, ex hac observatione erroneam decerpsit opinionem, nempe cartilaginem inter ossa pubis semper habere latitudinem unius pollicis, quod vero rarissimum est."

13. Sylvii Franc: Prax. med. Lib. III. Cap. VII. Opera medica. Coloniae Allobrogorum 1681 p. 463.

14. Sandifort: Observat. anat. pathol. Lugdani Batavorum 1778. p. 115. De Anchylosi ossium.

15. Jacques d'Amboise — (siehe im Text).

16. R. A. Castro: De universa muliebr. morb. medicina. 1788. Lib. I. c. 8.

17. Du Laurens: Histoire et controverses anatom. Livre VI.

II. Französische Litteratur bis 1890.

18. Louis: De partium externarum generationi inservientium in mulieribus naturali, vitiosa et morbosa dispositione, quas praeside Ant. Louis tueri conabitur J. F. Champion. Paris 1754 §. V.

19. Jean René Sigault: a) „An in partu contra naturam sectio symphyseos ossium pubis sectione caesarea promptior et tutior? Andegavae (Angers) 1772.

b) „Mémoire lu aux Assemblées de la Faculté." 3 u. 6. XII. 1777. Paris.

c) „Récit de ce qui s'est passé à la Faculté de Médicine de Paris au Sujet de la Section de la Symphyse des os pubis, pratiquée sur la femme Souchot." Paris 1777. 4°.

Darin enthalten: 1) Extrait des régistres de la Faculté de Méd. de Paris. — 2) Mémoire de M. Sigault lu aux assemblées du 3 et 6. Decembre 1777. — 3) Rapport de MM. Grandclas et Descemet au sujet de la section de la symphyse des os pubis faite par M. Sigault la nuit du 1. Octobre 1777.

Dasselbe abgedruckt in: Journ. de méd. chir. et pharmacie. T. XLIX. Paris 1778. 8°. p. 127.

d) Discours sur les avantages de la section de la symphyse. Paris 1778.

e) Procès verbal de l'opération de la symphyse des pubis faite sur la femme Vespres le 15. Novembre 1778. Gazette salutaire. 28. Janvier et 4. Février 1779.

f) Analyse de 3 procès verbaux de l'opération de la femme Vespres. Paris 1778.

20. Morand de la Roussière: „An sectio symphyseos in partu difficili ubi sectio caesarea aut instrumentorum usus requiritur, huic duplici auxilii generi sit anteponenda? Montpellier 1772.

21. A. Leroy: a) Recherches sur la section de l'os pubis. Paris 1773 (?) (citirt nach Kilian).

b) Recherches historiques et pratiques sur la section des pubis. Paris 1778.

c) „Observations et réflexions sur l'opération de la symphyse et les accouchements laborieux“ (Entbindung der Frauen Collet und Belloy). Paris 1780.

d) Observations et réflexions sur l'opération de la symphyse pratiquée sur la femme Vespres. Paris 1780 (citirt nach Zweifel).

22. Piet*): Reflexions sur la section de la symphyse du pubis à la Haye et à Paris. Paris 1778. — S. auch: „Ueber das Auseinanderweichen der Beckenknochen während der Geburtsarbeit“. (Vgl. Hufeland's Annalen Bd. III. St. 1. p. 8.)

23. Louis: a) De l'écartement des os du bassin. Mém. de l'Acad. de chir. 1768. T. IV. p. 63.

b) Rapport sur les observations et les expériences communiquées à l'Académie pour et contre la section de la symphyse. Examen des faits concernant les faits de la symphyse. — Séances publiques de l'Académie royale de chirurgie. Paris 1779 p. 102.

24. J. Ripping: „Diss. obs. med. sistens quasdam de pelvi animadversiones.“ Lugduni Batavorum 1776. (Séances publiques de l'Académie de chirurgie p. 110.)

25. Arnold Bamps (Leyden): „Tractatus de anteponenda sectione caesarea sectioni symphysis ossium pubis.“ Genève et Paris 1778. (Eine der ersten gegen die Operation gerichteten Schriften.)

26. Bonnard: a) „Remarques sur l'opération césarienne et la section de la symphyse.“ Journal de méd. 1778. T. XLIX. p. 433. (Wegen nicht gelungener Symphyseotomie Kaiserschnitt nachträglich ausgeführt am 12. Februar 1778, siehe Fall 3 der ältesten Statistik.)

b) Examen des faits relatifs à l'opération pratiquée par Retz et Lescardé. Arras 1778 (zu Fall 8 der ältesten Statistik).

c) Séances de l'Acad. de Chirurgie. 1779. 142.

27. Jumelin: „Précis historique de ce qui a été fait pour et contre l'opération de la symphyse.“ Journal de physique de l'abbée Rosier. Paris 1778 p. 189.

28. Retz: Observations intéressantes en faveur de la section de la symphyse du pubis. Paris 1778.

29. Récit de ce qui s'est passé à la Faculté de méd. de Paris au sujet de la section de la symphyse pratiquée sur la femme Souchot. Paris 1777.

*) Piet soll nach Gotchaux l. c. S. 19 mit allen Waffen gegen die Operation zu Gunsten Baudelocque's aufgetreten sein, unter dem Pseudonym W. Kintisch denselben jedoch dennoch sehr scharf angegriffen haben.

30. Rapport de MM. Grandclas et Descemet. Paris 1777.

31. Commentaires de la Faculté. Tome XXIV. 1777—1778.

32. Journal de Paris, années 1777, 1778, 1779, 1785.

33. Gazette de santé 1777—1781.

34. Journal de méd. chir. et pharmacie 1778—1788.

35. Journal de méd. de Leroux, Corvisart et Boyer. Tomes V, VI, XIX, XXII.

36. Journal général de méd. de Sédillot. Tomes V, VI, LX.

37. Séances publiques de l'Académie royale de chirurgie, ou l'on traite de diverses matières intéressantes et particulièrement de la section des os pubis, pratiquée sur la femme Sanchot. Paris 1779.

38. Louis Baudelocque: a) „An in partu propter angustiam pelvis impossibili symphysis ossium pubis secunda?" Er. de chir. Paris 1766.

b) Recueil périodique de la Soc. de méd. de Paris. T. V l'an VII. p. 3.

c) L'art des accouchements. I. édit. Paris 1781. T. II. p. 230.
II. édit. Paris 1789 et ss.

39. Guindaut: „Ergo sectio symphyseos ossium pubis admittenda." Paris 1778.

40. Roussel de Vauzesme: De sectione symphyseos ossium pubis admittenda. Thèse. Paris 1778. 7. Mai.

41. R. Péan: De Partu. — Thèse. Paris 1778. 25. June.

42. Sue*): Essai historique sur l'art des accouchements. Paris 1779. I. p. 276: „Reflexions histor. et critiques sur l'opération dite la section de la symphyse du pubis."

43. Dagoty et E. Gautier: Opération de la symphyse dans les accouchements impossibles. Paris 1779.

44. Lauverjat: a) Examen d'une brochure (de Sigault) qui a pour titre: „Analyse de trois procès verbaux et réflexions à l'occasion de la section de la symphyse." Amsterdam 1779.

(Das in Prof. Herrgott's Bibliothek befindliche Exemplar mit Zuschrift der Pariser Adresse des Verfassers, wahrscheinlich von dessen eigener Hand stammend. Die der Operation feindlichen Arbeiten wurden in Holland gedruckt, nur die ihr günstigen in Paris mit Genehmigung der Fakultät.)

b) „Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne." Parallèle de l'opération césarienne et de la section de la symphyse. Paris 1788.

45. Guérard: Exposé d'un cas dans lequel la section de la symphyse des os pubis fut faite à Düsseldorf. Düsseldorf 1778.

46. Desprès de Menmeur: Journal de méd. 1778. No. 95.

47. Levacher de la Feutrie: „De sectione synchondroseos ossium pubis." Thèse. Paris 1779.

*) Die Arbeit von Sue soll nach Gotchaux (l. c. S. 19) eine rein polemische ohne wissenschaftliche Grundlage sein.

48. Mad. Bellami (Hebamme): „Observation intéressante sur un accouchement“. 1780. Bruxelles (behandelt Fall 12: Entb. d. Frau Blandin durch Sigault am 24. Août 1779).

49. De la Planche: „Lettre sur l'origine de la section du pubis“. Journ. de méd. de Paris 1781. T. LXV. p. 48.

50. Desgranges: a) „Réflexions sur la section de la symphyse des os pubis“. Lyon 1781.

b) „Remarques critiques et observations sur la section de la symphyse“. Journ. de méd. Paris 1786. T. LXVII u. LXVIII. (LXVIII. p. 81). (Desgranges vertheidigt Dussausoy, der bei einer rachitischen Frau mit Conj. vera von 2 Zoll den Kaiserschnitt ausführte, das Ergebniss wäre ein gleich ungünstiges auch bei Ausführung der Symphyseotomie gewesen [nach Gotchaux l. c. p. 18].)

c) „Examen de trois nouveaux faits relatifs à la section de la symphyse“. Jorn. de méd. 1788. T. LXXV.

51. Canivel: Journ. de méd. 1781. XV. p. 74 und Gazette de Madrid. 24. Octobre 1780. (Delando's Operation: Fall 27 meiner ältesten Statistik.)

52. Jacobs: L'École pratique des accouchements. Gand 1785.

53. De Mathiis: „Description de l'opération de la section de la symphyse“. Journ. de méd. 1785. T. LXIII.

54. Verdier-Duclos et Damen: „Dissertation sur la possibilité et le degré d'utilité de la section de la symphyse“. 1787. (Erschienen wo?)

55. Giraud: a) „Mon opinion sur la section césarienne et la symphyse“. 1788. Paris und an VII. (nach Kilian 1790).

b) Note sur l'opération de la symphyse. (Journ. de méd. de Leroux. T. VI an XI.)

56. Thouret*): a) Consid. phys. et méd. sur l'opération de la symphyse. Mém. soc. méd. d'émulsion. an VIII.

b) Mémoire sur la structure des symphyses postérieures du bassin et sur le mécanisme de leur séparation dans l'accouchement. (Hist. de la Soc. de méd. année 1789. Tome X. Paris, an VI. p. 156.)

57. Bodin: Essai sur les accouchements. Paris 1797.

58. Mansuy: Observations sur une opération de la symphyse. (Journ. de méd. de Leroux. T. V. An XI.)

59. Ansiaux: „Dissertation sur l'opération césarienne et la section de la symphyse du pubis“. Paris, an XII, 20. Frimaire 1803.

60. Saccombe: a) „La Lucine Française“. T. III. Paris, an XIII.

b) „Observations méd.-chir. sur la grossesse, le travail et les couches“. Paris, an II.

*) Thouret soll nach Gotchaux (l. c. S. 18) ausführlich die älteren Ideen über die Operation wiedergeben.

c) „La Luciniade". Poème en 10 chants, 4. édit. Nimes 1815. (Saccombe soll nach Gotchaux (l. c. S. 19) bald für, bald gegen die Operation aufgetreten sein.)

61. Delpech: „Dissertation sur la possibilité et sur le degré d'utilité de la section de la symphyse". 1796. Paris. (Montpellier 1801 nach Kilian.)

Nach Zweifel sind einige von den vorstehenden Aufsätzen ins Deutsche übersetzt erschienen in der „Sammlung der auserlesensten und neuesten Abhandlungen für Wundärzte" (Leipzig 1778, Weygand) und enthalten im I. Stück: Nr. 16 b und c, 19, 22, 23, 28; im II. und III. Stück; 16 d, e, 18 b; im IV. Stück: 20 b des vorstehenden Verzeichnisses.

62. Lescure: Section de la symphyse du pubis. Thèse. Paris 1803.

63. Rochot: „Dissertation sur la section de la symphyse et les cas qui éxigent cette opération". Thèse. Paris, 27. Janvier 1807.

64. Coutouly: „Mémoires et observations sur divers sujets relatifs aux accouchements". Paris 1807.

65. Gardien: a) Traité complet d'accouch. 1. édit. Paris 1807. T. III.

b) Opération de la symphyse pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant. (Bulletin des Soc. méd. de Tartra. Février 1810 p. 73.)

66. Vermandoix: a) Mémoire sur l'opération de la symphyse. (Journ. de méd. de Leroux. 1810. T. XVIII. Janvier p. 31.)

b) Opération de la symphyse pratiquée pour la 2ème fois sur la même femme. (ibid. 1811. T. XXII.)

67. Me Boivin: Mémorial de l'art des acc.

68. Demangeon: De ossium pubis synchondrotomia. Thèse. Paris, 30. Août 1811.

69. Couillard-Durocher: Dissertation sur les articulations du bassin et sur les changements avantageux pour l'accouchement, que la grossesse y détermine. Paris 1814.

70. J. F. Maygrier: Nouveaux éléments de la science et de l'art des accouchements. II. édit. Paris 1817. II Vol.

71. Paul Antoine Dubois: „Propositions sur diverses parties de l'art de guérir". Diss. Paris 1818. 4°. (Erörtert den Standpunkt Dubois des Vaters zur Symphyseotomie; übersetzt in Rust's Magazin 1820. Bd. VII. p. 181.)

72. Cliet: Compte-rendu médico-chirurgical des observations recueillies dans la Salle des filles mères de l'hôpital général de la charité de Lyon. Lyon 1823.

73. Ozanam: Journ. générale de méd. T. LX. p. 81. (1817.)

74. Aug. Baudelocque: Nouveau procédé pour pratiques l'opération césarienne. Paris 1823.

75. Mad. Lachapelle: Pratique des accouchements. 3 Vol. Paris 1821—1825.

76. Levasseur: Dissertation sur la symphyséotomie et sur l'enclavement. Bruxelles 1822.

77. Capuron: Cours théorique et pratique d'accouch. 4ème édit. Paris 1828.

78. Pitois: De la Bipubiotomie. Thèse. Strasbourg 1831.

79. Bouillet: Parallèle des procédés communément employés pour faire la section de la symphyse et d'un procédé nouveau. Thèse. Paris, 11. Août 1832.

80. Scoutetten: Compte rendu des Travaux de la Soc. des sc. méd. du département de Moselle. Metz 18??

81. Hatin: Cours complet d'acc. Paris 1832.

82. Lecarpentier: Des procédés imaginés pour pratiquer la section de la symphyse du pubis. Thèse. Paris, 21. Août 1833.

83. Faure-Biguet: Quelques réflexions de la symphyse. Thèse. Paris 1834. (Beschreibung des subcutanen Schnittes von Imbert.)

84. Pétrequin: Bullet. général de thérapeutique 1834. T. IX. p. 279. (Parasymphysäre Durchtrennung des Beckenringes.)

85. Velpeau: Traité complet de l'art des accouch. 2. édit. Paris 1835. 2 vol.

86. Stoltz et Imbert: Bulletin de thérap. 1836. XI. p. 275.

87. Pétrequin: Traité d'anatomie topographique méd. chir. 2. édit. Paris 1837.

88. Moreau: Traité pratique des accouch. 2 vol. Paris 1838.

89. Huard: De la symphyséotomie, des cas qui la réclament, avantages, inconvénients. Thèse. Paris 1844.

90. Lacour: a) „Recherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchement prématuré". Thèse. Strasbourg 1844. b) Siehe auch 86.

91. Jacquemier: Manuel des accouch. Paris 1846.

92. Lachaze: Sur la symphyséotomie. Thèse. Paris, 24. Decembre 1846.

93. Cazeaux: Traité théorique et pratique de l'art des accouch. 2. édit. Paris 1846.

94. Maslieurat: Gaz. méd. de Paris. 26. III. 1853. Nr. 13. S. 200.

95. Feltz: Des grossesses prolongées. Thèse. Strasbourg 1860.

96. Foucault et Dairaux: Gaz. de hôpitaux. 1860. No. III. — und — Bulletin de l'Acad. de Méd. Paris 1866. T. XXV. p. 1093 [Mutter gerettet, Kind starb während der Geburt ab].

97. Lenoir, Sée, Tarnier: Atlas complémentaire de tous les traités de l'accouch. 2 vol. Paris 1865.

98. Liégard: Gaz. des hôpitaux. 1866. 112.

99. Moulin: Traité complet d'accouch. Paris 1866.

100. Chailly-Honoré: Traité pratique de l'art des accouch. 5. édit. Paris 1867.

101. Duchène: De la rupture des symphyses du bassin. Thèse. Strasbourg 1869.

102. Corlieu: L'ancienne Faculté de méd. de Paris. Paris 1877.

103. Wasseige (Lüttich): Des operations obstétricales. Liège 1887.

104. Charpentier: Traité pratique des accouch. I. édit. Paris 1887; II. édit. Paris 1890, II. Tome p. 927—932.

105. F. J. Herrgott: Essai d'une histoire de l'obstétrique par Ed. G. J. de Siebold. Traduit de l'allemand avec additions, figures et un appendice. Paris 1891. T. II. p. 441. T. III. p. 224—226.

106. Auvard: Traité prat. d'acc. Paris 1890.

Dictionnaires (nach Desforges l. c. citirt).

107. Dict. des sciences méd. en 60 volumes. Article: „Pubis“ par Gardien. 1820. Art: „Symphyséotomie“ par Murat 1821.

108. Dict. abrégé des sc. méd. en 15 vol. Art: „Symphyséotomie“ 1815.

109. Dict. de méd. en 21 vol. Art: „Symphyséotomie“ par Désormeaux. 1826.

110. Dict. de méd. et chir. prat. en 15 vol. Art: „Symphyséotomie“ par A. Dugès. 1836.

111. Dict. de méd. en 30 vol. Art: „Obstétrique“ par Raige, Delorme et Art: „Symphyséotomie“ par Désormeaux et Dubois. 1844.

112. Nouveau dict. de méd. et de chir. pratiques (Jaccoud). Art: „Pubis“ par Schwartz. 1881.

113. Dict. encyclopédique des sc. méd. (Déchambre). Art: „Pubiotomie“ par Bouchacourt. 1889.

(August Baudelocque's*) des Neffen Operation ist nach Kilian am 2. April 1833 mit gutem Erfolge für Mutter und Kind ausgeführt und berichtet in den Annales d'Obstétrique p. 50 von A. T. Chrestien.)

*) Nach Gotchaux l. c. p. 31 fand die Baudelocque'sche Symphyseotomie am 21. April 1831 statt bei einer 26jähr. Zweitgebärenden, bei Conj. vera von 75 mm, Diastase sofort 4 cm, lebendes Kind, die Frau aber soll am 16. Tage gestorben sein, angeblich an den Folgen von Nierensteinen.

Nach Gotchaux l. c. p. 31 soll 1834 Imbert in Lyon eine subcutane Symphyseotomie ausgeführt haben: genauere Angaben fehlen.

Bezüglich des Falles 115 der ersten Statistik speciell der Operation von Maslieurat-Lagémard füge ich hier nach Gotchaux die Notiz hinzu, dass dieselbe Frau bei einer darauffolgenden Schwangerschaft spontan mit einem lebenden Kinde niederkam, nach einem Berichte im I. Bd. (1853. S. 464) der Monatsschrift f. Geb. u. Fr. die Notiz, dass Maslieurat bei todtem Kinde operirte und zwar in Ermangelung von Perforationsinstrumenten, als nach vollzogener Wendung auf den Fuss und Extraktion der Kopf stecken blieb und auch der Zange nicht folgte.

III. Holländische und belgische Litteratur bis 1890.

114. Camper: a) Nieuwe vaterlandsche Letter-oeffeningen. D. r. st. 2. Amsterdam 1771. 8. p. 386.

Epistola ad Davidem van Gescher, siehe auch:

b) „De emolumentis et optima methodo insitionis variolarum". (?) Groningae 1774 p. 107.

„De emolumentis sectionis synchondroseos ossium pubis in partu difficili, qua salva matris et foetus vita, caput prave incuneatum, tuto expediri et sectio caesarea vel uncus evitari possit". (p. 126: ein Brief von Louis an Camper über die Symphyseotomie.)

p. 123: Sed confiteor aperte utilitatem hanc mihi numquam in mentem venisse; etiam si natura ipsa monstraverit viam relaxando et separando a se in viam ossa pubis, in omnibus fere difficilibus partubus.

p. 129—130 bezüglich Sigault's Vorschlag: „Captus ingenioso Junioris Chirurgi consilio, statim in mentem vocabam, quod toties in sectionibus synchondroseos ossium pubis cadaverum observaveram: — Tanto perfusus voluissem, si licuisset, ab ore ejus excellentissimam hanc cogitationem vel schema accipere."

c) Journal de Paris 1777. p. 284.

115. Ripping: siehe Nr. 24.

116. Samoilowitz (russischer Arzt, der in Holland studirt hat und in seiner Arbeit die russische Kaiserin bittet, für bessere Geburtshelfer in Russland zu sorgen): Dissert. sist. comparationem inter sectionem caesaream et sectionem symphyseos ossium pubis. Lugduni Batavorum 1780.

Tractatus de sectione oss. pubis et partu caesareo. Leydae 1780.

117. Michell (praeside G. van Doeveren): a) De synchondrotomiae pubis utilitate in partu difficili. Lugdun. Batav. 1781. (Ins Deutsche übersetzt von C. Fr. Ludwig. Leipzig 1784.)

b) De synchondromia pubis commentarius. Amsterdam 1783 (c. II. tabulis aeneis): Bamps (Leydae): siehe im Vorhergehenden Nr. 22.

118. J. Damen: Notizen über eine von ihm mit Glück ausgeführte Operation (siehe: aus dem Holländischen: Frankfurt und Leipzig 1785) siehe Nr. 52 im Vorhergehenden. (Fischer sah diese Frau 6 Wochen nach der Operation und fand sie im Begriff, zum ersten Male zu gehen, Zustand gut: Richter's Bibliothek. Bd. VII. S. 770.)

119. Berten: Collect. dissert. in alma Lovanionsi publice defensarum. T. III. 321, 393—1796.

120. G. Vrolik's Untersuchungen über die Heilung einer Schambeintrennung und über die Drehung des Kreuzbeines siehe: Siebold's Journ. Bd. I. S. 542.

121. van Münster: Een zestal verloskundige operatien, enz. door Johannes v. Münster. Amsterdam 1804. Siehe auch: Siebold's Lucina Bd. V. Hft. 3. S. 390.

122. G. J. van Wij: De Uitverlijkeid en nuttigheid der Schambeensdoorsnijding. Amsterdam 1806. (Vgl. Siebold's Jorn. Bd. I. Hft. 3. S. 502.)

123. Stevens: Diss. de conditionibus, quae apud sectionem caesaream vel potius illum synchondroseos ossium pubis postulantur. Lugduni Batavorum 1877. (In Siebold's Journal Bd. I, Frankfurt 1813, S. 502 soll ausser der Operation van Wij's auch die von Bolsius ausgeführte geschildert sein.)

124. Salomon: a) „Verhandeling over de Nuttigheid des Schambeensnede met Bepaling der gevallen, in welke aan dezelve de voorkeus behoort gegeven te worden boven te Keizerlijke Sneede". Amsterdam 1813. (Preisgekrönte Schrift.) Vergl. Siebold's Journ. Bd. I. Hft. 3. S. 602.

b) Handleiding tot de Verlooskunde. 2. deel §. 421.

— Levasseur: siehe Nr. 73 im Vorhergehenden.

125. J. W. E. de Man: Nederl. Tijdschrift vor Verloskunde. V. 1852. (de Man soll nach Treub die Symphyseotomie gründlich studirt und mit Glück ausgeführt haben [siehe Treub l. c.]).

126. Boddaert: Bulletin de la Soc. méd. de Gand.

127. Koffer (siehe neueste Litteratur) erwähnt, dass schon 1804 van Wij die Angabe gemacht habe, „dass bei der Symphyseotomie die Basis des Kreuzbeins nach rückwärts trete und dadurch die Erweiterung der Conj. vera zu Stande zu kommen scheine. Dagegen soll 1807 Gerardus Vrolik in einem Aufsatze aufgetreten sein. Zu diesem Behufe machte er folgende Konstruktion: er bohrte in das Promontorium einen Maassstab ein, der genau in der Richtung der Conj. vera verlief. Rechts und links vom Becken stellte er Metallstäbe auf, welche parallel mit dem Beckeneingange lagen und einander selbst parallel waren. Durch dieselben führte er eine dünne Schnur, welche den Maassstab genau am vorderen Ende der Conjugata berührte. Nach Durchschneidung der Symphyse wurde an dem Modelle demonstrirt, dass die Basis des Kreuzbeines nach vorn treten müsse, was bereits das erste Mal schon von Baudelocque behauptet wurde. Vrolik hat dies in seinem Aufsatze auf das Exakteste nachgewiesen und eine ganze Reihe von Versuchen aufgeführt, an denen ihm der Beweis gelang."

128. Rochefort: De Synchondrotomia pubis. Groningae 1835.

IV. Englische Litteratur bis 1890.

129. Dease: Observat. in midwifery. Dublin 1783.

130. Osborn: An essay on laborious parturitions in which the division of the Symphysis pubis is particularly considered. London 1783.

131. Aitken: Principles of midwifery or puerperal medicine. 1. edit. Edinburgh. XV pl. 1784 p. 216; — 2. edit. 1785 p. 77—79, 84; — 3. edit. 1786 p. 77.

132. Hunter: a) Bemerkungen über die bei schweren Geburten empfohlene Zertheilung der Schambeine nebst Jumelin's Abhandlung über diese Materie. Aus dem Englischen. Leipzig 1779.

b) „Remarks on the symphysis of the ossa pubis". (Medical Observations and Inquiries by a Soc. of Physicians of London. 6 Bde. 1757—1784, siehe Bd. IV. 1771. S. 400 und Bd. V. 1776. S. 588. (Hunter verwarf die Symphyseotomie.)

c) s. J. Vaugham: Cases and observations on the Hydrophobie. Sec. edit. London 1778. (Vaugham sandte an Hunter das Becken einer nach Kaiserschnitt bei Osteomalacie Verstorbenen. Hunter beschrieb es und sprach sich dabei über die Symphyseotomie aus: „Reflexions occasioned by a Decree of the Faculty of Medicine of Paris: relative to the operation of cutting the symphysis of the ossa pubis." (Deutsch dasselbe siehe sub lit d.)

d) „Betrachtungen über die Operation der Durchneidung der Schambeine". Aus dem Englischen von J. Hausmann. Göttingen 1782.

133. John Hull: a) Observations on M. Simmonds Detection. p. 94. (Nach Kilian soll dort eine treffliche Zusammenstellung der älteren Casuistik gegeben sein.)

b) „A defense of the caesarean operation with observations on embryulcia and the section of the symphysis pubis adressed to W. Simpson of Manchester". Manchester 1779.

134. Ryan: Manual of widwifery. 3. edit. 1831. p. 398 (gegen die Operation).

135. Burns: Traité des accouch. (Uebersetzung.) Paris 1840. p. 325.

(Burns erklärt die Symphyseotomie für ebenso gefährlich als den Kaiserschnitt und für das Kind als für prognostisch schlechter. — Siehe deutsche Uebersetzung von H. F. Kilian. Bonn 1834. S. 491.)

136. Rambotsham: Obst. Med. and Surgery. 2. edit. 1844. p. 294. (Die Symphyseotomie sei nicht zu verantworten, weil sie durch Craniotomie zu ersetzen sei.)

137. Smith: Northern Journ. of med. 1845.

138. Meigs: Obstetr. Philadelphia 1852 p. 562.

139. Churchill: Operative Midwifery (soll nach Kilian eine Uebersicht der älteren Operationen geben. S. 247).

140. Meadows: Manual of midwifery. London 1871 p. 239. (Meadows spricht sich gegen die Operation aus wegen der grossen Lethalität für Kinder sowohl als für die Mutter, beruft sich auf Hunters Thierexperimente und die Statistik Churchill's von 49 Operationen mit 16 Todesfällen für die Mutter und 19 für das Kind.)

141. James V. Simpson (Clinique obstétricale de gynécologie in der französischen Uebersetzung von Chantreuil [1874 Paris]): spricht sich gegen die Operation aus nach Gotchaux (l. c. S. 68): „l'opération

est insuffisante dans les cas extrêmes, car, pour augmenter le diamètre antéropostérieur de 25 mm, la symphyse du pubis doit s'écarter de 76 mm, pour gagner 12 mm de 50 mm, pour gagner 6 mm de 25 mm".

142. Duncan: a) Researches in obstetrics (1877 von Budin ins Französische übersetzt) sagt, die Operation sei in England mit Unrecht verleumdet worden und stellt die Indikationen auf, wo sie berechtigt sei (nach Gotchaux l. c. S. 69). — b) Mechanism of Natural. and Morbid Parturition 1875. p. 158. (D. vertheidigt unter Berufung auf Denman die Operation gegen die unbegründeten der ihr gemachten Einwürfe.)

143. Playfair: Traité théorique et pratique de l'art des accouchements (französische Uebersetzung von Vermeil. Paris 1878—1879. p. 711). (Playfair erklärt, dass eine vollständige (?) Diastase der Symphyse noch nicht genügen würde so viel Raum zu gewinnen, um selbst eine Frucht nach Embryotomie zu entwickeln — nach Gotchaux l. c. S. 69.)

In der 4. Ausgabe: A Treatise of the science and practice of midwifery. London 1882 vol. II. p. 239 las ich allerdings: „It is generally admitted that it is quite impossible to make this a substitute for the Caesarean section, since the utmost gain which even a wide separation of the symphysis pubis would give would be altogether insufficient to admit of the passage of even a mutilated foetus".

Nach Kilian findet sich: London med. and phys. Journ. 1823. vol. 49. Dec. ein Bericht über Mancini's Operation, und London med. Reposit. 1827. vol. V. ein Bericht über eine Operation von Paletta.

V. Dänische u. schwedisch-norwegische Litteratur.

144. Tode: Med. chir. bibliothec Kopenhagen. 1779 p. 431. (Bericht über die von Lescardé und Retz vollzogene Operation.)

145. Thulstrup: Magazin for Naturvidenskaberne. Christiania 1825.

VI. Italienische Litteratur.

146. Morandi: Tratt. univ. di Parti. Venezia 1778. p. 197.

147. Nessi: Arte ostetricia. Pavia 1779. p. 188. (Nessi begrüsst die Symphyseotomie „come dono del cielo".)

148. Persone: „Della sezione della sinfisi del pube e del taglio caesareo". Trattati di Girol. Persone. Venezia 1781.

149. Paletta: Riflessioni sopra la Pubitomia. Giornale litterario di Venezia. 4. Giugnio 1781. N. XI. — Avisi sopra la salute umana. Firenze 1781. p. 407.

(Um eine genügende Erweiterung des Beckenkanals zu erhalten, schlägt Paletta vor: „di separare dal ramo discendente sinistro del pube la gamba della clitoride sino quasi all origine del corpo cavernoso procurando ossi di conservare il nervo e l'arteria che sopra vi scorrono".)

150. Lavagnino: Avisi sopra la salute umana. Firenze 1782. VII. p. 81. — Siehe auch Prattolongo's Bericht über Lavagnino's Fall, wo man den Haken in das todt geglaubte Kind einschlug, das doch noch einige Stunden nach der Geburt lebte; Mutter am 17. Tage an Brand der Geschlechtstheile gestorben. — Siehe auch:

151. Galeotti's: Ostetricia pratica. Napoli 1787. p. 196: Es entstand nach dieser unglücklichen Operation ein solcher Aufruhr gegen den unglücklichen Chirurgen in Genua, dass man die Leiche der Frau bei Nacht begraben musste, um einem öffentlichen Skandal vorzubeugen. „Questa e la sorte di chi operando ha per guidice un publico appassionato!"

152. Giovannetti: Opuscoli scelti sulla Scienze e sulle Arti. Milano 1783. II. p. 215. (Mutter nach 4tägiger Geburtsdauer durch Symphyseotomie bei abgestorbenem Kinde gerettet.)

153. Prattolongo: Discorso sulla sinfisiotomia preceduto da un brieve saggio sul meccanismo del parto. 1781. Venezia.

154. Domenico Ferrara soll nach Novi („La sinfisiotomia in Napoli". Archivio di chirurgia pratica de Palasciano 1872. X. p. 81) im Jahre 1774, also vor Sigault schon die erste Symphyseotomie ausgeführt haben, nach Corradi aber erst 1787, der sich auf das Zeugniss von Galeotti (l. c.) und Merulla Gaetano (Istruz. fisiol prat. di Ostetr. Napoli 1792. II. p. 185) beruft. Es scheint aus Cattolica's Uebersetzung von Baudelocque's Lehre der Geburtshülfe hervorzugehen, dass Ferrara 1771 operirte, das soll jedoch wahrscheinlich auf einem Druckfehler beruhen.

Siehe auch: Galbiati: Memoria sull' operazione del taglio della sinfisi del pube. Napoli 1819. p. 39, der über Ferrara's Operation berichtet (Meteorismus so gross nach der Operation, dass die Frau keinen Beckenverband ertrug).

Siehe auch: Felice Pasqualone: Corso di Ostetricia pratica. Napoli 1818. p. 256, der angiebt, diese Frau habe später Dienste gethan als „Corriere".

155. Volpi: Biblioth. delle più recente Litterat. med. chir. Pavia 1790. T. I. P. I. p. 136.

156. Malacarne: De' Mostri umani (Mem. Soc. ital. 1802. X. p. 68), schlug die Symphyseotomie vor statt Decollation bei Geburt eines Dicephalus.

157. Flajani: Collez. di osservaz. e Rifless. di chirurg. Roma 1802. III. p. 158.

158. Bertrandi: Tratt. delle Operaz. di chir. Torino 1802. I. p. 316. 335. (Penchienati und Brunone, die Herausgeber dieses Werkes, berichten über 34 Operationen von 1777—1785 mit Rettung von 23 Müttern und 11 Kindern.)

159. Rossi: Elém. de Méd. Opérat. Turin 1806. II. p. 147.

160. Valle: Opera di Ostetricia. III. p. 36. 37. 40. 18??

(Rossi und Valle gehörten zu den schlimmsten Gegnern der Symphyseotomie.)

161. Assalini: Novi strumenti di Ostetricia. Milano 1811. Parte III. p. 6.

162. Derselbe: Atti dell' Academia Givenia. 1832. VI. p. 127. (Bericht über eine Operation von 1811 im Ospizio di Santa Catarina in Mailand.)

163. Asdrubali: Trat. gener. d'Ostetr. Roma 1812. IV. p. 3. (Soll nach Corradi die letzten in der Lombardei von Ballentani und Marescotti ausgeführten Symphyseotomien erwähnen.)

164. Pasqualone: Corso di Ostetricia prat. Napoli 1818. p. 256. (Während Sigault das Kind sofort extrahirt, sollen Galbiati und Amantea die Austreibung des Kindes nach der Symphyseotomie der Natur überlassen.)

165. Galbiati: Memoria sull' operazione del taglio della sinfisi del pube nella quale si espone una essenziale novella modificazione nel metodo di praticarla, che la rende più utile e più innocente. Napoli 1819. p. 39. (Dieser Vortrag, im Juni 1818 gehalten in der Med.-chir. Akademie in Neapel, wurde mit Zusätzen gedruckt im I. Bde. „dei Saggi dell' Academia". Neapel 1829. p. 37.)

166. Gianni: in Omodei's Annali univ. di med. Anno 1818. vol. 8. Milano. p. 5—33 u. ff. (Bericht über 3 Operationen Gianni's von Scotti.)

167. Nannoni: Trattato di Ostetr. p. 252 empfiehlt die Symphyseotomie für gewisse Fälle.

168. De Philippis Pietro: Nota et agiunte alla trad. della Med. Operat. di Sabatier. Napoli 1822. V. p. 155.

169. Mannini: Repertorio med. chir. Torino 1822. p. 126. (Siehe auch: Froriep's Notiz. II. Bd. 44. p. 350.)

170. Paletta: Memorie delle Institutio Lombardo. Milano 1823. An. 1817, 15. II. p. 265. (Bericht über Gianni's erste Operation.)

171. Siehe auch: Ozanam: Journ. de méd. de Sédillot. Paris 1817. LX. p. 81.

172. Galbiati's Vorschlag berichtet: Salz. med. chir. Zeitung. II. Bd. 1824. p. 110 und III. Bd. p. 401.

173. Asdrubali: Manuale clinico. Roma 1826. p. 209.

174. Galbiati und Mannini: Osserv. med. di Napoli. 1828. p. 51.

175. Cattolica: Osserv. med. Napoli 1829. p. 50 und Annali univ. Med. 1829. LII. p. 560.

176. Assalini: Sul miglior modo di compiere i parti nei casi di viziato bacino. Discorso letto il 27. Dicembre 1889 (Atti dell' Acad. Gioenia di Catania 1832. VI. p. 119. (4 Operationen Assalini's, 2 mit Glück.)

177. Galbiati: „La pelvitomia, ragguaglio di una nuova operazione di chirurgia che puo con vantaggio sostituersi alla caesarea, riuscita presso di noi sempre mortale alle donne alle quali si e praticata. Napoli 1832 und

Il Filiatre Sebezio 1832. III. p. 312. — Il Severino 1832. — Ann. univ. Med. 1833. LXVIII. p. 328.

178. Petrunti: Filiatre Sebezio. 1834. VIII. p. 68. Schmidt's Jahrb. 1835. Bd. VII. p. 75.

179. Galbiati: Filiatre Sebezio. 1835. X. p. 285.

180. Derselbe: Annal. Clin. Osped. degli Incurabili 1835. I. p. 316 und 1836. II. 419—421; 1837. III. p. 312; 1838. IV. p. 290; 1839. V. p. 287; 1840. VI. p. 307; 1840. p. 309.

181. Derselbe: Il Severino. Napoli 1836. p. 257.

182. Rispoli: Annal. Clin. Osped. degli Incurabili. 1836. II. p. 422.

183. Belli: Trat. di Med. e Chir. progressiva giusta i risultamenti dell' esperienza e della clinica osservazione. Pistoja 1836. II. p. 3. (Della Bibupiotomia) Zacharias Belli, nach dessen Auffassung die katholische Religion sich nicht mit der künstlichen Frühgeburt verträgt, schlug ein specielles Instrument zur parasymphysären Beckenringdurchschneidung vor.)

184. Galbiati: Filiatre Sebezio. 1842. XXIII. p. 145. (Seine II. Operation beschrieben.) (Siehe auch: Cianflone in Meyer: Noti al Trad. d'Obst. di Braun. IV. p. 229.)

185. Masnata: Su alcune operazioni che practicarsi per ristretezza di bacino. p. 9. 11. (Giorn. sc. med. Torino 1839 fasc. d'Agosto.)

186. Carbonai: Atti del Congresso di Firenze: Seduta del 25. IX. 1841 p. 684. (Carbonai schlägt die subcutane Symphyseotomie vor, um die Harnblase nicht zu verletzen; denselben Vorschlag hatte schon 1836 Imbert [Bullet. de thér. XI. p. 275] gemacht.)

187. Raffaele Giovanni: Ostetr. ther. prat. Napoli 1843. II. p. 436.

188. Nunziante Ippolito: Il Filiatre Sebezio. 1842. p. 145.

189. Sogliano: Atti del Congresso di Napoli. Ann. un. Med. 1846. CXVII. p. 620.

190. Rossi: Atti del Congresso di Padova. Postorello. II. p. 334. (18??)

191. Cappezzi: Se la pelviotomia sia preferabile alla gastroisterotomia etc. Ann. univ. di Med. 1847. CXXI. p. 167. Siehe: Atti del Congresso di Genova.

192. Lorati: Mem. intorno la pelvitomia. (Giorn. per i progressi della Path. 1847. XII. p. 539. — An. univ. Med. 1847. CXXIV. p. 506. CXXV. p. 330.)

193. Giovannini: „Cenni sul trepano-sega". (Filiatre Sebezio 1852. XLIII. p. 11, 15.)

194. Antonio Grassi: Filiatre Sebezio 1852. Agosto. (Combination der künstlichen Frühgeburt mit Symphyseotomie.)

195. De Renzis: Institut. di Patol. chir. Napoli 1853. VI. p. 368.

196. Pastorello: Tratt. d'Ostetr. Pavia 1854. II. p. 327.

197. De Camin: siehe Viviani: Relaz. sui parti p. 105. Venet. Sc. med. 1856. I. p. 706. (Da Camen?) Giorn. venet. sc. med. 1850. I.

p. 706 (Operation bei Schulterlage im normalen Becken: Mutter und Kind starben — in meiner Statistik nicht berücksichtigt).

198. Ghersi: s. Viviani: ibid. S. 105.

199. De Christoforis: La rezecione pubica sottoperiostea alle più gravi operazioni ostetriche. (An. univ. Med. 1858. CLXV. p. 509; 1859. CLXVII. p. 15.)

200. Jaccolucci: „Paragone della sinfisiotomia col parto prematuro provocata per stretezza del bacino.“ (Il Morgagni 1858. p. 561. II. 35.)

201. Jaccolucci: Sperimentale 1858. II. p. 359 (Symphyseotomie bei Frühgeburt in der Hälfte des 8. Monates).

202. Cacciopuli: Il Morgagni 1858. p. 561.

203. Madruzza: Dell' aborto ostetrico, della gastroisterotomia a Perugia. 1862. p. 35. (M. tritt für die Combination von Symphyseotomie mit künstlicher Frühgeburt ein, weil Gefahr geringer ist als beim Kaiserschnitt, hier nur theoretischer Vorschlag ohne praktische Verwerthung.)

204. Panzetta: Il Segapelviotomo. Napoli 1863.

205. Galligani: „Cenni intorno l'uso opportuno dei processi ostetrichi nella sproporzione delle parti e prosta di un nuovo metodo per la pubiotomia“. Pisa 1865.

206. Pilla Giovanni: Deformità del bacino. (Bulletin Sc. med. 1870. IX. p. 250.)

207. Meyer: Tratt. d'Ostetr. del Braun. Trad. ital. Napoli 1870 (Aggiunte) III. 235. (M. giebt die italienische Statistik im Anschluss an diejenige von Corradi: 24 Fälle von 1807—1858.)

208. Erchia: Unione Medica. Napoli 1870. 15. Nov. (soll nach Corradi die Statistik im Anschluss an Meyer's Angaben fortsetzen).

209. Balocchi: Ostetricia. Milano 1871. p. 408.

210. Novi: La sinfisiotomia in Napoli. Napoli 1873. p. 6 [Archivio di Chir. pratica del Prof. Palasciano] (24 Operationen im Spital degli Incurabili in nicht ganz 7 Jahren vom 1. Januar 1866 bis 26. November 1872: auf 26 Operationen im Ganzen 6 todte Kinder und 6mal Tod der Mutter).

211. Porro: Pelvi distocica per vizio congenito di formazione e per influenza rachitica. Milano 1873. p. 76.

212. Piccinini: Della sinfisiotomia eseguita nel metodo sottocutaneo per il dottore Ettore Piccinini. — Internat. med. Kongress in Genf 1876. und Lyon Médical Nr. 22. 25. X. 1874.

213. Alfonso Corradi: Dell' Ostetricia in Italia dalla metà dello scorso secolo fino al presente commentario. Parte II. Bologna 1877. Caput 37. p. 1168—1199.

I. Della sinfisiotomia. (24 italienische Fälle von 1807 bis 1858 in Tabellen.)

II. Della Pubiotomia et Pelviotomia.

III. La Sinfisiotomia combinata con altre operazioni.

IV. Cenni storici intorno la Sinfisiotomia e Pubiotomia.

214. Federico Fornari: L'Indipendente 1878. 3.

215. Rizzoli: Bull. Sc. méd. 1886. XXIV. p. 340. 1887. IV. p. 374.

216. Rizzoli: Collez. mem. chir. II. p. 543. [2 Operationen, beide Mütter gestorben, eine an Pneumonie, eine an Peritonitis, beide Kinder gerettet, die Operationen wurden nach Rizzoli's Vorschlag subcutan von Belluzzi ausgeführt (Il Professore Rizzoli poi per cagliere i vantaggj del metodo sottocutaneo, indicava al Belluzzi, che le mettava in pratica due volte, un processo nel quale mediante le suo cesoje ossifraghe la sinfisi è divisa incidendo simplicimente il vestibolo, nach Corradi l. c. S. 1188).]

217. Mangiagalli: Una probabile risurrezione nell' campo dell ostetricia operation. Annali di Ostetr. Januar 1883.

218. Millot: De l'obstétricie en Italie, Paris 1882, giebt einen allgemeinen Bericht über die italienische Geburtshülfe.

(Die italienische Litteratur ist hier zum weitaus grössten Theile nach Corradi's klassischem Werk wiedergegeben und zusammengestellt, die Stelle der Veröffentlichung der einzelnen Operationen habe ich meist im Text der statistischen Tabellen angegeben.)

VII. Deutsche ältere Litteratur

(ausser den schon erwähnten Uebersetzungen).

219. J. Chr. L. Schmidt: a) Specimen med. chir. de nuper proposita sectione synchondroseos ossium pubis in partu difficili nonnulla proponens defend. etc. Gissae 1777 (gegen Camper's Brief gerichtet).

b) De sectione ossium pubis non instituenda. Gissae 1778.

220. Leppentin: Anmerkungen über die künstliche Trennung der Schambeine bei schweren Geburten. Hamburg 1778.

221. Loder: Synchondroseos ossium pubis sectionem in partu difficili instituendam etc. Goettingae 1778 (für die Operation eintretend).

222. J. Scheyring: De sectione synchondroseos ossium pubis, operatione chirurgica primam in Galliis a D. Sigault facta. Friburg-Brisg. 1778 (gegen die Operation gerichtet).

223. Chr. T. Jaeger: a) praesid. Jaeger, Wagenmann: Disquisitio obstetricia an in summo cuneationis capitis gradu praeferenda sit methodus nova Sigaultiana hactenus usitatae capitis perforationi vel et sectioni caesareae. Tuebingae 1779.

b) Respondente J. F. Irion (nach Kilian, von Anderen fälschlich Grim angegeben): Examen rationum sectionem ossium pubis oppugnantium vel limitantium. Tuebingae 1780.

224. Richter (laut v. Siebold's briefl. Mittheilungen): Geschichte der von C. C. von Siebold operirten Frau Markard. Richter's chir. Bibliothek 4. Bd. Göttingen 1778. S. 578, siehe auch: Göttinger gelehrter Anzeiger 3. H. 1778. (Bericht Richter's an die Göttinger Sanität.)

225. Oswald: Sendschreiben an Dr. Aepli über die Operation der Symphyse. Schafhausen 1778.

226. Bentely Emman: De sectione synchondroseos ossium pubis. Argentor. 1779.

227. Jorritsma: De sectione synchondroseos ossium pubis. Francofurti 1779.

228. B. Chr. Faust: Untersuchung des Werthes der Trennung der Schoossbeine bei schweren Geburten. Gotha 1780. (Nach Ed. C. J. v. Siebold l. c. in sehr gereiztem unwürdigen Tone gegen die Operation gerichtet, ruhiger und unparteiischer seien 2 Jahre früher geschrieben die „Anmerkungen etc.“ Leppentin's [s. Nr. 206].)

229. K. v. Krapf: Anatomische Versuche und Anmerkungen über die eingebildete Erweiterung der Beckenhöhle in natürlichen und angepriesene Durchschneidung des Schambeinknorpels in widernatürlichen Geburten mit daraus gezogenen Lehrsätzen. I. Th. Wien 1780, II. Th. Wien 1781. (Die Schrift ist gegen die Operation gerichtet.)

230. J. B. Brinkmann: Bemerkung über die neuerdings vorgeschlagene und an einer Kreissenden verrichtete Operation der Durchschneidung der Schambeine. Düsseldorf 1778.

231. Bern. Guerard: Umständliche Nachricht des Zufalles, weswegen der Durchschnitt der Symphyse der Schambeine u. s. w. in Düsseldorf vorgenommen wurde. Unter der Aufsicht des Verf. aus dem Französischen von J. D. Beerstecher. Düsseldorf 1779.

232. J. P. Weidmann (praeside C. C. Siebold): Comparatio inter sectionem caesaream et dissectionem cartilaginis et ligamentorum pubis in partu ob pelvis angustiam impossibili suscipiendas. Wirceburgi 1779. (S. auch El. v. Siebold: Lucina. II. Leipzig 1804. S. 114. [Mittheilung von C. C. v. Siebold über die jetzt 63jähr., gesunde und rüstige Operirte Markard.] Das Becken ist später in die Sammlung von Ed. Caspar Jacob v. Siebold, des Enkels des Operateurs, übergegangen).

233. Lucas Boogers (Boer): a) Bemerkungen über die von Guérard u. s. w. gepflogene ausserordentliche Entbindungsart, hauptsächlich die Schambeintrennung betreffend. Wien 1780.

b) „Aphorismen über die Symphyseotomie“ in Boer's: „Natürl. Geburtshülfe“. Bd. I. Buch I. S. 20.

c) H. v. Cambon's Schreiben an Herrn von Brambilla, die Schambeintrennung betreffend. (Aus dem Französischen mit Anmerkungen von Boer. Wien 1781.)

234. B. Guerard: Untersuchung und Lehre über den Durchschnitt der Schambeine u. s. w. zur Widerlegung der Bemerkungen des L. Boogers und Vertheidigung der Operation. Münster 1781.

235. Walter: Von der Spaltung der Schambeine in schweren Geburten. Berlin 1782.

236. J. B. Frank: Observationes quaedam medico-chirurgicae. Erfurt 1783. p. 13. obs. II (S. Acta acad. elector. Moguntinae 1782—1783) [Nagel's Operation in Bruchsal beschrieben].

237. G. Th. Becker (praeside de Oberkamp): Quaestio med. obstetr., ossium pubis synchondrotomia num prosit num laedat. Heidelberg 1780.

238. Metzger: Vermischte Schriften. Königsberg 1781. I. 3. 135. (Fall von Brodthlag).

239. Ch. L. Nebel: De Synchondrotomia. Gissae 1780.

240. G. F. Zschichlinski: De sect. symph. oss. pubis. Jenae 1781.

241. Hunczowsky: Med. chir. Beob. Wien 1783.

242. C. R. Zang: Darstellung blutiger heilk. Operationen. Th. IV. Abth. I. p. 369 (? erschienen) [citirt nach Kilian].

243. J. Ch. Mayer (Löffler respond): De nonnullis ad chirurgiam pertinentibus. Francofurti 1785. [Nach Kilian wichtig!]

244. B. J. Borchard (praeside Hartmann): De synchondrotomia in partu difficili rarissime utili. Traj. ad Viadr. 1788.

245. Irmler: Diss. in Synchondrotomiam animadversiones quaedam sist. Traj. ad Viadr. 1789 (mit Tabelle).

246. J. Ch. Gebhard: De synchondrotomia oss. pubis. Goettingae 1790.

247. F. Löffler: „Geschichte eines glücklich vollendeten Schambeinknorpelschnittes. (Joh. Christ. Stark's Archiv für die Geburtsh., Frauenzimmer- und neugeborener Kinder-Krankheiten III. Bd., III. St. 1791. S. 691—705).

248. Osiander: Lehrb. d. Entbindungskunst. Th. I. 1799. p. 431.

249. Mohrenheim: „Von der Schambeintrennung". Mohrenheim's Beiträge etc. Bd. II. Nr. 17. (? erschienen).

250. Fischer (praeside Autenright): Observata quaedam circa obstacula, quae conditio symphysium praeternaturalis synchondrotomiae opponit. Tuebingae 1802.

251. Wiedemann: Ueber Pariser Gebäranstalten und Geburtshelfer. Braunschweig 1803. p. 36.

252. E. v. Siebold: Lucina 1804. II. Bd., I. St., S. 114.

253. Stock: Siebold's Journal Bd. XII. 2. St. S. 348.

254. Jörg: Versuche und Beiträge geburtshülfl. Inhaltes. „Ueber künstliche Trennung der Schambeine". Leipzig 1806.

255. Haselberg: Untersuch. u. Bemerk. über einige Gegenstände der prakt. Geb. Berlin u. Stralsund 1808.

256. J. Marxsen: Synchondrotomia et sectio caesareae compar. Kil. 1820.

257. Mursinna's Operation beschrieben: Neues Journal f. d. Chir. Bd. I. St. 2. Berlin 1817. (Siehe auch Singowitz: Berlin. klin. Wochenschrift 1874. Nr. 19.)

258. Osiander's Bemerkungen über die Forschung der Geburtshülfe nebst einer ausführlichen Beschreibung der Maternité in Paris. Hannover 1810. p. 172.

259. Osiander: Handb. d. Entbindungskunst. II. Bd. Tübingen 1820: „Von den unnützen, schädlichen und die Entbindungskunst entehrenden Operationen“. S. 454—473.

260. Ritgen: 15 Indikationen, siehe: Anzeigen der mechanischen Hülfen bei Entbindungen und Bemerkungen über die Forschungen der Geburtshülfe, p. 190.

261. Wendelstaedt: siehe J. H. Kopp's Jahrb. d. Staatsarzneikunde. 4. Jahrg. Frankfurt a. M. 1811. S. 54. (W. richtete eine Petition an die Menschheit des Inhaltes: „dass man durch ein Strafgesetz ein für allemal und ohne alle Ausnahme, die Synchondrotomie als eine einem Mordversuche gleich zu achtende Operation streng verbieten möchte.)

262. Fritz: De pelvis symphysibus ejusque ligamentis inprimis circa graviditatis finem. Wirceburgi 1808.

263. Busch: giebt in der Neuen Zeitschrift f. Geburtsh. I. Bd. 34. Berlin 1834. S. 121 die Beschreibung einer von Galbiati ausgeführten Pelvitomie.

264. Weiz: Neue Auszüge aus Dissertat. Bd. VII—XV.

265. L. Beschauer: Num operatio synchondrotomiae in arte obstetricia ultra retinenda an contra prorsus proscribenda sit? Monachii 1827.

266. Roessmann: Symphyses ossium pelvis in partu edendo rite non diducuntur. D. s. Regiomonti 1838.

267. Dammann: Casper's med. Wochenschrift 1842. 49. Nr. 9. 26. Februar.

268. E. C. J. v. Siebold: a) Lehrb. d. Geburtshülfe 1841. S. 541 und Abbildungen 367.

b) „Von dem Schooss- und Schamfugenschnitte“. Die chirurg. Praxis. Berlin 1841. III. 1. p. 468.

c) Versuch einer Geschichte der Geburtsh. II. Bd. Berlin 1845.

269. El. v. Siebold: a) Journal f. Geburtsh. — b) Lucina Bd. I—VI.

270. Schwegel: Monats. f. Geb. u. Fr. 1859. XIII. Bd. S. 123.

271. H. Fr. Kilian: Die operative Geburtshülfe. II. Bd. Bonn 1849. S. 781—802.

[Kilian giebt l. c. S. 785 an, dass Moritz Cordaeus am Ende des XV. Jahrhunderts von der Trennung der Schambeine als von einer ganz bekannten Sache gesprochen habe. — Nach Kilian S. 787: findet sich eine gute Uebersicht der älteren Operationen in Irmler's Dissertation (l. c. p. 30), — bei Osiander (l. c. p. 439), — bei Hull (l. c. p. 94 mit Tafel), — bei Baudelocque (l. c.), — bei Churchill (l. c. p. 247). — Kilian erwähnt Seite 788 eine Operation Bakker's (v. Rochefort's Dissertation), eine Operation Makini's (?) (Report. med. chir. per l'anno 1822. Torino — liegt nicht ein Druckfehler im Namen vor, es muss heissen Mannini?), eine Operation Deer's und eine Don Juan Delhuyar's; da ich nirgends detaillirte Angaben darüber fand, habe ich diese Fälle unberücksichtigt gelassen.]

272. Gmelin: Krankh. d. Symphyse. Tübingen 1854.

273. v. Scanzoni: Lehrbuch der Geburtshülfe III. Bd. Wien 1867. S. 293—298. — Pubio- und Pelveotomie S. 299—300.

274. Eidam: Berlin. klin. Wochenschrift 1875. 28.

275. Aeby: „Ueber die Symphysis pubis des Menschen etc.". Zeitschrift für rationelle Medicin III. Reihe. IV. Bd. 1858. S. 1.

(Die späteren deutschen Lehrbücher der Geburtshülfe übergehe ich hier, die für uns interessanten Aeusserungen der Zeitgenossen vor 1892 sind in dieser Arbeit wörtlich wiedergegeben nebst Angabe der Quelle.)

[Glatzel: De ossium pelvis symphysicus in statu normali et path. D. I. 1858. Vratisl.]

Beiläufig erwähnt sei hier, dass nach Gotchaux (l. c. S. 119) im Jahre 1787 Jahn: Dissertat. de utero retroverso, die Symphyseotomie empfohlen hat für den Fall von Retroversio uteri gravidi.

VIII. Russische Litteratur.

Samoilowitz (siehe Nr. 116).

Kieter 1857, Matwiejew 1856 und Lazarewitsch 1879 erwähnen in ihren Lehrbüchern der Geburtshülfe die Symphyseotomie überhaupt gar nicht mehr.

276. Krassowski: Operative Geburtshülfe [Russisch] 1885. 3. Aufl. S. 624—626. [K. spricht sich gegen die Operation aus, weil der Raumgewinn ein nicht genügender sei, erwähnt aber, dass Korsch (Berliner klin. Wochenschrift 1885. Nr. 12. S. 189 und Inaug.-Dissertat.) aus Wjatka gestützt auf seine eigenen Erfahrungen an der Leiche und die 1883 von Harris veröffentlichte Statistik (La Semaine Médicale 1883. Nr. 10. p. 43) für die Symphyseotomie eintrete.]

B. Neuere Litteratur
seit 1863
(in alphabetischer Anordnung).

277. Ahlfeld: a) Die Verletzungen der Beckengelenke während der Geburt und im Wochenbett. Schmidt's Jahrbb. 1876. Bd. 169.

b) „Pelvis inversa". Archiv f. Gynäkol. 1879. Bd. 12. S. 156.

278. Albarran: Mercredi médical. 25. I. 1893. Referat: Deutsche Medicinal-Zeitung Nr. 23, 20. III. 1893. S. 272 (Symphyseotomie bei einem Manne behufs Resektion der Harnblase). [Sitzung der Acad. de méd. Paris 16. II. und 20. III. 1893.] Siehe auch: Wiener med. Presse 26. III. 1893. Nr. 13. S. 510.

279. Balandin: Protokoll aus d. Tageblatt d. 44. Vers. deutscher Naturf. in Rostock 1871.

280. Baumm: „Beitrag zur Symphyseotomie". Centralbl. f. Gynäkol. 1893. Nr. 14. S. 301—306 (zu Fall 97 der neueren Casuistik).

281. Behn: „Welche Stellung soll die moderne Geburtshülfe zur Symphyseotomie einnehmen?" D. I. Strasburg. 1893 (Freund's Operation und Litteratur).

282. Benet: Annales de Gynécologie. Mars 1893. p. 212 (Fall 71).

283. Bernheim: „Expériences sur la symphyséotomie". a) Journal de méd. de Paris 1893. Nr. 6. b) Rep. Univ. d'Obst. et de Gyn. 25. I. 1893. Nr. I. p. 11—19 (mit Discussion [Porak] in der Pariser geburtsh.-gynäkol. Gesellschaft).

284. Beugnies: Accouchement commencé depuis 48 heures. — Craniotomie — Symphyséotomie — Gangrène blanche — Mort le 15eme jour. (Journal de méd. de Paris 1893. Nr. 8 und siehe: Varnier: Annales de Gyn. Avril 1893) (Fall 89).

285. E. v. Bidder: Wracz 1893 [Russisch] und Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 24. S. 561 (Fall 162).

286. Biermer: „Zur wissenschaftlichen Begründung der Symphyseotomie" (Leichenexperimente, Messungen). Centralbl. f. Gyn. 1892. Nr. 51. S. 993—996.

287. G. Braun: Bericht über eine Operation, wo die Harnblase sich in die Symphysendiastase eindrängte. (Wiener geb.-gyn. Ges. am 21. III. 1893: Centralbl. f. Gyn. 1893. S. 438.)

288. Broomall: Med. News. Philadelphia. November 1892. S. 526 (Fall 80).

289. Budin: a) „Rachitisme et symphyséotomie". Journ. de méd. de Paris 1893. Nr. 12.

b) „Symphyséotomie pour rachitisme". Soc. obst. et gyn. de France, séance du 9. II. 1893, siehe: Rep. Univ. d'Obst. et de Gyn. 25. Mars 1893. p. 103—110 (Fall 107).

c) „Un cas de symphyséotomie". Annales de Gynécol. (Fall 150) Avril 1893. p. 332.

d) „Recherches cliniques et expérimentales d'obstétrique et de Gynécologie (Untersuchung der Beweglichkeit der Beckengelenke). Paris 1886. p. 377.

290. L. Burckhardt: „Ueber den Schamfugenschnitt" (aus Fehling's Klinik). Sep.-Abdr. aus dem Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. Jahrgang XXIII. 1893 (3 Fälle Fehling's: 96, 153, 158).

291. Caruso: „Contributo alla pratica della sinfisiotomia". Annali di Ostetricia e Ginecologia. Vol. XIV. Nr. 4. April 1892 (2 Fälle: 28, 40).

292. Charpentier: a) „De la symphyséotomie". Extr. du Bulletin de l'Académie de Méd. Nr. 11. 1892. (Séance du 15. et 22. Mars 1892.)

b) „De la symphyséotomie". Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn. Mai et Juin 1892.

c) „Sur l'ischiopubiotomie". Annales de Gynécologie. 1893. Février. p. 143—144.

(Der Aufsatz sub a theilweise in's Polnische übersetzt: siehe F. Neugebauer, Medycyna 1892.)

293. Chrobak: a) s. Regnier (Fall 120).

b) Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 15. S. 347—349 (Fall 120).

c) Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 18. S. 433 (Fälle 155, 164).

294. Clifton Edgar: siehe Harris: „Symphyséotomie antiseptique en Amérique" (Fall 169).

295. Coe: Medical Record: 11. II. 1893 und s. Harris [l. c.] (Fall 134).

296. Conklin: „The Pelvic symphyses in Pregnancy and Parturition". The Amer. Journ. of Ostetr. Nov. 1892.

297. Cruzzi: Symphyseotomie. Tip. degli operas. Milano 1892. 1. Referat: Rep. Univ. d'Obst. et de Gyn. 25. V. 1893. p. 217. (Fall 115).

298. Cucca: La Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia. Napoli 15. II. 1893 und: Annali di Ostetr. gin. Milano 1891. p. 238.

299. Davis: (Fall 156). Amer. Journ. of the med. sc. CV. Nr. 6. S. 724.

300. Desforges: Recherches historiques et critiques sur la symphyséotomie. Paris 1892.

301. L. v. Dittel: „Beitrag zur Symphyseotomie". (Aus Chrobak's Klinik.) Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 23. S. 539 (2 Fälle: 155, 164).

302. Döderlein: „Experimentell-anatomische Untersuchungen über die Symphyseotomie". Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 23. S. 499.

303. Duchamp: Loire médicale 15. X. 1892 (Fall 47 beschrieben von Merlin).

304. John Milton Duff: siehe Harris l. c. (Fall 117).

305. Eckstein: „Symphyseotomie bei plattem, allgemein verengtem, rachitischem Becken mit tödtlichem Ausgange". Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 19. S. 441 (Fall 173).

306. Eisenhardt: „Die Behandlung bei engem Becken mit besonderer Berücksichtigung der Symphyseotomie". Therapeut. Monatshefte 1893. VII. 4. p. 178.

307. Eustache: La Symphyséotomie. Nouv. Archives d'Obst. 1893. Juillet. p. 319.

308. Farabeuf: „De l'agrandissement momentané du bassin oblique ovalaire par ischio-pubiotomie". Annales de Gynécologie. Décembre 1892. p. 401—431. (Controverse wegen Stoltz's Prioritätsrechten mit Charpentier: Annales de Gynécologie 1892) [s. auch: Protokolle der Sitzungen der Acad. de Méd 1892.]

279. Balandin: Protokoll aus d. Tageblatt d. 44. Vers. deutscher Naturf. in Rostock 1871.

280. Baumm: „Beitrag zur Symphyseotomie". Centralbl. f. Gynäkol. 1893. Nr. 14. S. 301—306 (zu Fall 97 der neueren Casuistik).

281. Behn: „Welche Stellung soll die moderne Geburtshülfe zur Symphyseotomie einnehmen?" D. I. Strasburg. 1893 (Freund's Operation und Litteratur).

282. Benet: Annales de Gynécologie. Mars 1893. p. 212 (Fall 71).

283. Bernheim: „Expériences sur la symphyséotomie". a) Journal de méd. de Paris 1893. Nr. 6. b) Rep. Univ. d'Obst. et de Gyn. 25. I. 1893. Nr. I. p. 11—19 (mit Discussion [Porak] in der Pariser geburtsh.-gynäkol. Gesellschaft).

284. Beugnies: Accouchement commencé depuis 48 heures. — Craniotomie — Symphyséotomie — Gangrène blanche — Mort le 15eme jour. (Journal de méd. de Paris 1893. Nr. 8 und siehe: Varnier: Annales de Gyn. Avril 1893) (Fall 89).

285. E. v. Bidder: Wracz 1893 [Russisch] und Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 24. S. 561 (Fall 162).

286. Biermer: „Zur wissenschaftlichen Begründung der Symphyseotomie" (Leichenexperimente, Messungen). Centralbl. f. Gyn. 1892. Nr. 51. S. 993—996.

287. G. Braun: Bericht über eine Operation, wo die Harnblase sich in die Symphysendiastase eindrängte. (Wiener geb.-gyn. Ges. am 21. III. 1893: Centralbl. f. Gyn. 1893. S. 438.)

288. Broomall: Med. News. Philadelphia. November 1892. S. 526 (Fall 80).

289. Budin: a) „Rachitisme et symphyséotomie". Journ. de méd. de Paris 1893. Nr. 12.

b) „Symphyséotomie pour rachitisme". Soc. obst. et gyn. de France, séance du 9. II. 1893, siehe: Rep. Univ. d'Obst. et de Gyn. 25. Mars 1893. p. 103—110 (Fall 107).

c) „Un cas de symphyséotomie". Annales de Gynécol. (Fall 150) Avril 1893. p. 332.

d) „Recherches cliniques et expérimentales d'obstétrique et de Gynécologie (Untersuchung der Beweglichkeit der Beckengelenke). Paris 1886. p. 377.

290. L. Burckhardt: „Ueber den Schamfugenschnitt" (aus Fehling's Klinik). Sep.-Abdr. aus dem Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. Jahrgang XXIII. 1893 (3 Fälle Fehling's: 96, 153, 158).

291. Caruso: „Contributo alla pratica della sinfisiotomia". Annali di Ostetricia e Ginecologia. Vol. XIV. Nr. 4. April 1892 (2 Fälle: 28, 40).

292. Charpentier: a) „De la symphyséotomie". Extr. du Bulletin de l'Académie de Méd. Nr. 11. 1892. (Séance du 15. et 22. Mars 1892.)

b) „De la symphyséotomie". Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn. Mai et Juin 1892.

c) „Sur l'ischiopubiotomie". Annales de Gynécologie. 1893. Février. p. 143—144.

(Der Aufsatz sub a theilweise in's Polnische übersetzt: siehe F. Neugebauer, Medycyna 1892.)

293. Chrobak: a) s. Regnier (Fall 120).

b) Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 15. S. 347—349 (Fall 120).

c) Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 18. S. 433 (Fälle 155, 164).

294. Clifton Edgar: siehe Harris: „Symphyséotomie antiseptique en Amérique" (Fall 169).

295. Coe: Medical Record: 11. II. 1893 und s. Harris [l. c.] (Fall 134).

296. Conklin: „The Pelvic symphyses in Pregnancy and Parturition". The Amer. Journ. of Ostetr. Nov. 1892.

297. Cruzzi: Symphyseotomie. Tip. degli operas. Milano 1892. 1. Referat: Rep. Univ. d'Obst. et de Gyn. 25. V. 1893. p. 217. (Fall 115).

298. Cucca: La Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia. Napoli 15. II. 1893 und: Annali di Ostetr. gin. Milano 1891. p. 238.

299. Davis: (Fall 156). Amer. Journ. of the med. sc. CV. Nr. 6. S. 724.

300. Desforges: Recherches historiques et critiques sur la symphyséotomie. Paris 1892.

301. L. v. Dittel: „Beitrag zur Symphyseotomie". (Aus Chrobak's Klinik.) Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 23. S. 539 (2 Fälle: 155, 164).

302. Döderlein: „Experimentell-anatomische Untersuchungen über die Symphyseotomie". Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 23. S. 499.

303. Duchamp: Loire médicale 15. X. 1892 (Fall 47 beschrieben von Merlin).

304. John Milton Duff: siehe Harris l. c. (Fall 117).

305. Eckstein: „Symphyseotomie bei plattem, allgemein verengtem, rachitischem Becken mit tödtlichem Ausgange". Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 19. S. 441 (Fall 173).

306. Eisenhardt: „Die Behandlung bei engem Becken mit besonderer Berücksichtigung der Symphyseotomie". Therapeut. Monatshefte 1893. VII. 4. p. 178.

307. Eustache: La Symphyséotomie. Nouv. Archives d'Obst. 1893. Juillet. p. 319.

308. Farabeuf: „De l'agrandissement momentané du bassin oblique ovalaire par ischio-pubiotomie". Annales de Gynécologie. Décembre 1892. p. 401—431. (Controverse wegen Stoltz's Prioritätsrechten mit Charpentier: Annales de Gynécologie 1892) [s. auch: Protokolle der Sitzungen der Acad. de Méd 1892.]

309. Fochier: „De la position et l'attitude à donner à la tête après la symphyséotomie". Annales de Gyn. Avril 1893. p. 356—365 (Fälle 102, 147) [und Beschreibung seiner Fälle in demselben Hefte des Journals].

310. Forbes: Med. News. 29. X. 1892. „Pubiotomy versus Symphyseotomy".

311. W. A. Freund: a) Gyn. Klinik. Strassburg 1885. p. 170.
b) Arch. f. Gyn. Bd. III. 1872. S. 381.
c) Vortrag im naturwiss. med. Verein in Strassburg am 27. V. 1892.
d) Siehe Müllerheim.

312. Freund (junior): Breslauer Kongress deutscher Gynäkologen. (Demonstration eines Schutzhebels für die Weichtheile bei Operation.)

313. Garrigues: „Symphysiotomy". The Amer. Journ. of med. Sc. 1893. March p. 286—297 und April p. 399—417 und Medical Record 1893. 11. Februar (Fall 112).

314. Gotchaux: „De la symphyséotomie". Thèse. Paris (Octave Doin) 1893. 243 pp. (Die 3 Tabellen Morisani's sind wiedergegeben, eine Tabelle von 48 neueren Operationen von 1887 an bis 21. October 1892 und detaillirte Wiedergabe der ersten 13 Operationen aus Pinard's Klinik, 2 Fälle von Queirel, 1 von Beugnies, 6 aus Ribemont's Klinik, 1 Operation Budin's vom 20. X. 1892, 2 Operationen Porak's vom 19. VI. und 9. XII. 1892, 1 Operation von Tollemer aus Bouilly's Klinik im Hôpitale Cochin in einem Anhange ausführlich wiedergegeben. S. 93 ist die Operation Duchamp's laut Beschreibung Merlin's, S. 97 eine Operation Guéniot's vom 6. X. 1892 wiedergegeben. — Auch in geschichtlicher Beziehung bringt die Arbeit manches Interessante. Der Standpunkt von Baudelocque, Desgranges, Lauverjat, Ansiaux, Gardien, Murat, Lachapelle, Velpeau, Hatin, Dugès, Moreau, Désormeaux und Dubois, Cazeaux, Jacquemier, Pétrequin, Hubert, Duncan, Bouchacourt, Auvard und Charpentier zu den Indikationen geschildert S. 112—132).

315. Grandin: Med. Record 18. Mai 1893. p. 348, siehe auch Harris l. c. (Fälle 140, 146).

316. Griffiths: Bericht über die Symphyseotomie. The Bristol Med. Journal Vol. X. Dec. 1892. Nr. 38.

317. Guéniot: a) „Compresseur iliaque pour la contention des pubis après la symphyséotomie (mit Abbildung)". Repert. Univ. d'Obst. et de Gyn. 25. V. 1893. p. 196, s. auch: Bulletins et mémoires de la Soc. obstétricale et gynécol. de Paris 1893. Nr. 4. Séance de Mars p. 36.
b) „Trois observations de symphyséotomie". Annales de Gyn. Avril 1893. p. 341 (Fall 78, 124, 168).
c) S. auch: Gotchaux l. c. S. 97.

318. v. Gusserow: Berlin. klin. Wochenschrift 1878. Nr. 9.

319. Guyon: „De la symphyséotomie destinée à faciliter l'ablation des néoplasmes vésicaux“ (mit Beschreibung einer Operation). Gaz. méd. de Paris 1893. Nr. 3.

320. Harris: a) „The revival of Symphysiotomy in Italy“. Philadelphia 1883.

b) „The remarquable results of antiseptic symphysiotomy“. (Reprint from Vol. XVII. Gynaecol. Transactions 1892.) S. auch Medical News October 1892.

c) Lancet 25. II. 1893.

d) La Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia. Napoli 15. III. 1893. p. 86.

e) „Symphyséotomies antiseptiques en Amérique“ (Tabelle von 16 Operationen in den Vereinigten Staaten und 1 in Canada). Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn. 25. V. 1893. p. 202.

f) The Amer. Journal of Obstetr. October 1892.

g) Med. News 5. Nov. 1892. p. 528.

321. Hernandez: Cron. med. quir. de la Habana 1892. XVIII. S. 287—296. (Allgemeines und Beschreibung einer der Pinard'schen Operationen.)

322. Herzfeld: siehe Schauta und die Discussionen in der Wiener geb.-gyn. Gesellschaft im Centralbl. f. Gyn. 1893.

323. Barton Cooke Hirst: a) Med. News. 15. October 1892. Nr. 16. p. 432 (Fall 75).

b) „Symphysiotomy with report of an operation“. The Cincinnati Lancet 1892. p. 600.

c) „The ultimate results of pubeotomy, a ruptured uterus; injury to the lumbosacral plexus in labor, multiple abscesses in the abdominal cavity“. Med. News LXI. 22. p. 604. (Die Arbeit war mir leider bis jetzt nicht zugänglich.)

324. Hubert: Archives de Tocologie et de gynécologie. Août 1892. H. weist nach (nach Gotchaux l. c. S. 105): „que les bénéfices de l'opération se trouvent indiqués dans le cours de L. Hubert (1863) et que les nouvelles recherches n'ont rien appris de nouveau sous ce rapport“. S. auch Gotchaux (l. c. S. 125), Hubert's Indikationsstellung.

325. Ch. Jewett: a) New York Journal of Obstetr. and Gyn. Nov. 1892. p. 1079—1083 (Fall 73).

b) „Die klinischen Grenzen für die Symphyseotomie“. The New York med. Journal 1893. 4. März.

326. Jovitza: „Basin rachitic, sinfisiotomia, capil viu, vindecare“. Spitalul. Bucaresci. 1892. XII. p. 425. (Bericht über eine der Pinard'schen Operationen.)

327. Kaschkaroff: Centralbl. f. Gyn. 1893 [seine 2 Operationen] (Fälle 110 und 171).

328. Kelly: a) s. Harris.

b) Die anatomischen Grenzen für die Symphyseotomie. New York med. Journ. 1893. 4. März.

329. Harry Mc. Kennan: „Symphyseotomy in Private Praxis". Med. News. Philadelphia. 4. II. 1893. p. 130 (Fall 109).

330. Klein: „Zur Mechanik des Ileosacralgelenkes". Zeitschr. f. Geb. Bd. XXI. S. 74. 1891.

331. Köstlin: Zerreissung der Beckengelenke. D. I. Tübingen 1880.

332. Koffer: Bericht über eine seiner Operationen. Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 18. S. 436 (Fall 154).

333. Korsch: „Ueber die Beweglichkeit der Beckengelenke". Zeitschr. f. Geb. 1881. Bd. VI. S. 10.

334. Krassowski: „Ein Fall von Symphyseotomie". Wratsch 1893. Nr. 1. S. 27 [Russisch] und Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 5. S. 81 (Fall 99).

335. Kriele: Ueber die Zerreissung der Beckengelenke während der Geburt. D. I. Halle 1882.

336. Latzko: a) „Ein Fall von Symphyseotomie". Internat. klin. Rundschau 1893. Nr. 7. S. 255 (Fall 111).

b) „Ueber Symphyseotomie". Allgem. Wiener med. Zeitung 1893. Nr. 14—16.

337. Lebedjew: Wratsch 1893. Nr. 4. S. 110 [Russisch] (Fall 126).

338. Leopold: a) Centralbl. f. Gyn. 1892. Nr. 30. S. 585—588 (Fall 48, 54).

b) Centralbl. f. Gyn. 1892. Nr. 49. S. 964.

c) „Aufgaben und Grenzen der künstlichen Frühgeburt, Wendung und Extraktion, Perforation, Sectio caesarea und Symphyseotomie" siehe Wehle.

d) Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 23. S. 547 (Fall 144).

339. Lepage: a) siehe Pinard.

b) Annales de Gynécologie 1893. Avril. p. 308 (Fall 136).

340. Lewers: Lancet, 4. III. 1893 (Fall 141).

341. v. Luschka: „Kreuzdarmbeinfuge". Virchow's Arch. Bd. VII. 1854. S. 299.

342. Lusk: Amer. Journ. of the med. sc. 1893. p. 441 (Fall 118).

343. Manger: „Ueber Vereiterung der Beckengelenke". D. I. Neuburg 1882.

344. Mangiagalli: „Una probabile risurrezione nell' campo dell' ostetricia operation". Annali di Ostetricia Januar 1883.

345. Marschner: „Ueber Symphysenruptur". Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 23. S. 547.

346. Martino: Annal. clin. di osp. incurab. Napoli 1883. VIII. 76.

347. Maygrier: „Symphyséotomie pour un cas de fibrome pelvien". Annales de Gyn. Avril 1893. p. 337 (Fall 148).

348. Merlin: „Un cas de symphyséotomie". Loire médicale St. Étienne 1890. XI. 205. 261 (Fall Duchamp's: 47).

349. H. v. Meyer: „Der Mechanismus der Symphysis sacroiliaca". Arch. f. Anat. u. Phys. 1878. Anat. Abth. S. 1. 1873.

350. Michael: Maryland Med. Journal. 31. I. 1893. p. 268 und: Amer. Journ. of Obst. and Gyn. February 1893. p. 183—191 (Fall 86).

351. Mironow: Brief aus Paris mit allgemeinem Bericht. Medic. Obozrenje. 1893. Nr. 6. S. 533—542 [Russisch].

352. Morisani: a) „Dei restringenti del bacino". Tesi di concorso. Napoli 1863.

b) Appendice alla med. operat. di Malgaigne. Artie: Sinfisiotomia 1867.

c) Conferenza sulla sinfisiotomia, raccolta e publicata. D. Dr. Piretti 1874.

d) Manuale delle operazioni ostetr. Capitolo : Sinfisiotomia. 1883.

e) „Sulla sinfisiotomia". Annali di Ostetricia e Gin. Milano 1881. p. 615.

f) Bericht über seinen für den Internationalen med. Kongress in London bestimmten Vortrag: Annales de Gynécologie. 1881. T. XVI. p. 440.

g) Agguinte alla ostetr. di Cazeaux e Tarnier. Art.: Sinfisiotomia 1883.

h) „Ancora sulla sinfisiotomia". Annali di Ostetricia VIII. Anno 1886. p. 345—391 (enthält die 3 ersten Statistiken Morisani's).

i) „Sempre della sinfisiotomia, due novi casi con commenti". Annali di Ostetricia. 1888. p. 448—450.

k) „Sulla sinfisiotomia". Riforma Medica. Napoli 1892. p. I. VIII. p. 709—713 und: Annales de Gynécologie 1892. T. XXXVII. Avril. p. 241—251.

l) „Per la sinfisiotomia, Statistica e considerazioni". Annali di Ostetricia. Milano. Gennaio. 1893 (Tabelle von 55 Operationen von 1887 bis Juli 1892).

353. Müllerheim: a) „Ueber die Symphyseotomie". Centralbl. f. Gyn. 1892. Nr. 30. S. 588—597 (enthält Bericht über die erste Operation Freund's, Fall 44).

b) Vortrag in „Volkmann's Sammlung klin. Vorträge".

354. — ? — Münchener med. Wochenschrift 1892. 18 u. 34 (?).

355. F. Neugebauer: a) „Kilka słów o wskrzeszeniu cięcia łonowego czyli symfyseotomji przez szkołę położniczą Neapolitańską". Medycyna 1892 (58 Seiten mit Bericht über die Geschichte der Operation, die ältere Statistik und 60 Operationen von 1887 bis Herbst 1892) [Polnisch].

b) „Eine ihrem Ausgange nach einzig dastehende Beobachtung von fracturärer Spaltung des Beckenringes. Centralbl. f. Gyn. 1892. Nr. 47.

356. Noble: Med. News. Philadelphia. 1893. p. 176—181 (Fall 103).

357. Novi: a) „La sinfisiotomia rifugiata presso la Scuola Napolitana". Napoli 1881.

b) Eco di osp. Napoli 1883. I.

c) Annali clin. di osp. Incur. Napoli 1887.

358. Oehlschlaeger: „Ein Fall von spontaner Symphysenruptur". Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 24. S. 563.

359. Phaenomenoff: „Zur Lehre vom kyphot. Becken und der Ruptur der Beckensymphysen". Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1882. Bd. VII.

360. Piccinini: „Della sinfisiosomia eseguita coll metodo sottocutanea". Mém. présenté au Congrès de Turin — voir: Lyon Médical Nr. 22. 25. X. 1874, représenté au Congrès de Genève 1877.

361. Pinard: a) Leçon faite le 7. XII. 1891.

b) „De la symphyséotomie". Annales de Gynécologie. Février 1992. p. 81—95.

c) „De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année 1892". Annales de Gyn. Décembre 1892. p. 431—463. (Bericht über die ersten 13 Fälle.) — Siehe auch: Lancet I. 7. February 1893.

d) Annales de Gynécologie. Février 1893. p. 85—89.

e) „Contribution à l'étude de la symphyséotomie" (Bericht über 19 bisher in seiner Klinik operirte Fälle). Annales de Gynécologie. Avril 1893. p. 365—376.

f) „De l'ischiopubiotomie ou opération de Farabeuf". Annales de Gynécologie. Février 1893. p. 139—143. — S. auch: Bullet. de l'Acad. de Méd. 3. S. XXIX. 2. 5. p. 27. 102.

g) Discussion im französ. Gynäkologencongress April 1893. Annales de Gyn. Avril 1893.

h) „Vingtième symphyséotomie pratiquée à la clinique Baudelocque. Mort de la femme le 9eme jour. Enfant vivant". Annales de Gynécologie Juin 1893. p. 529—577.

362. Porak: a) Annales de Gynécologie. Août 1892. p. 134 (Fall 52). Septembre 1892. p. 213—216. Octobre 1892. p. 308—309.

b) Siehe Bernheim.

c) Siehe Gotchaux l. c. (Fall 106).

d) „Du danger des applications du forceps suivant le diamètre antéropostérieur". Annales de Gyn. Janvier 1893. p. 60 und Report. Univ. d'Obst. et de Gyn. 1892. Nr. 12. 25. XII. p. 529—538 und in Neugebauer's polnischer Uebersetzung mit Bemerkungen dazu: „Kilka słów o odczycie Porak'a etc." Gazeta Lekarska 1893. Nr. 11 (Fall 84).

e) Internationaler gynäkol. Kongress in Brüssel 1892 (Fall 61).

363. Queirel: a) siehe Benet.

b) „Symphyséotomie et embryotomie dans le cas ou le foetus est mort". Annales de Gyn. Février 1893. p. 80—89 und Journ. de méd. de Paris 1892. Nr. 12 (Fall 88).

c) Annales de Gyn. Mars 1893. p. 213.

d) Annales de Gyn. Avril 1893. p. 319.

364. Regnier: „Ein Fall von Symphyseotomie an einer II-para $4^1/_2$ Jahre nach conservativem Kaiserschnitt" (Chrobak's Operation Fall 120). Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 6. S. 108—111.

365. Rein: Wratsch. 1893. Nr. 10. p. 283 [Russisch] (Fall 149). (Aus der geb.-gyn. Ges. in Kijew.)

366. Rizzoli: Bulletin des sc. méd. 1866. XXIV. p. 340. 1887. IV. p. 374.

367. Rönsholm: „Muutama sana symfysiotomiasta". (Einige Worte über Symphyseotomie.) Duodecim VIII. 9. p. 176.

368. Rubeška: „O symfyseotomii". Časopis lékaŕú českých. Roc 1893 (Fall 85).

369. San Gregorio: Annali di Ostetricia. Januar 1893 (Fall 82).

370. Schauta: a) „Ueber den Schamfugenschnitt". Medicin. Post, Januar 1893. Nr. 1. S. 2 (die ersten 3 Operationen).

b) „Ueber Symphyseotomie". Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 12. S. 261 (die ersten 3 Operationen).

c) Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 15. S. 347.

d) Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 18. S. 432.

e) Wiener med. Blätter 1893. Nr. 10.

f) Wiener klin. Wochenschrift. 1893. VI. 9. p. 168.

Siehe auch Sitzungsprotokolle der Wiener geb.-gyn. Gesellschaft 1893. Nr. 1 u. ff. (am 21. III. 1893: 3 neuere Operationen) und Discussion im Breslauer Gynäkologenkongress (wo Schauta über 10 Operationen mit 1 Todesfall der Mutter berichtete).

371. Fr. Schwarz: „2 Symphyseotomien". Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 5. S. 83 (Fälle 79 und 108).

372. Schwarze: „Ueber Symphyseotomie". (Theoret. Abhandlung.) Berliner klin. Wochenschrift 1893. Nr. 8 u. 9.

373. Sinogowitz: Berlin. klin. Wochenschrift 1874. Nr. 19 (Mursinna's erster Fall).

374. Smyly: Brit. med. Journal. 1892 3. XII. p. 1251 (Fall 94) und 29. IV. 1893. Nr. 1687. p. 885.

375. Spinelli: „Les résultats de la symphyséotomie antiseptique à l'école obst. de Nâples". Annales de Gyn. Janvier 1893.

376. Spöndli: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Zürich 1879.

377. Springle: Montreal Med. Journ. 7. January 1893. p. 487—489 (Fall 104).

378. Stadtfeld: Et Tilfälde af Sinfisiotomia. Hosp. Tidende 4. R. I. 5. S. 149. — Bibl. f. Lägevid. 7. R. IV. 2.

379. Tarnier: „Un cas de symphyséotomie". Annales de Gynécologie. Août 1892. p. 126 (Fall 49).

380. Tellier: Annales de Gynécologie. Avril 1893. p. 321—334 (Fall 59).

381. Toerngren: Finska läkaresällskab. handling. Helsingfors 892. XXXIV. p. 782 und: „2 Symphyseotomien". Centralbl. f. Gyn. 1892. Nr. 49. S. 953—955 (Fall 68 und 76).

382. Treub: „Over symphyseotomie“. [Overgedrukt uit het verslag der Vergadering von 24. Decembre 1892 der Nederlandsche Gyn. Vereeniging. Nederl. Tijdschr. voor Verloskunde 1893.] (Fall 101).

383. Truzzi: „Sulla sinfisiotomia“. Napoli 1892 (Fall 45).

384. Valentino: Eco di osp. Napoli 1883. I. 81—85.

385. Varnier: a) Revue pratique d'obst. et de pédiatr. Juillet et Août 1892. p. 193—225: „De la symphyséotomie“.

b) Gazette hebdomadaire. Juillet 1892.

c) „Historique de la Pelvitomie“. Annales de Gyn. Février 1893. p. 89—109.

d) „Le Bilan de la symphyséotomie renaissante au 31. Mars 1893“. Annales de Gyn. Avril 1893. p. 241—308 (mit Tabelle von 60 Operationen vom 1. Februar 1892 bis März 1893).

e) Ibidem p. 335.

f) „Sur l'application du forceps au détroit supérieur rétréci en particulier dans ses rapports avec la symphyséotomie“. Annales de Gyn. Avril 1893. p. 345—355.

386. v. Velits: Centralbl. f. Gynäkol. 1892. Nr. 40. S. 177—180 (Fall 66).

387. Walcher: a) „Die Conjugata eines engen Beckens ist keine constante Grösse, sondern lässt sich durch die Körperhaltung der Trägerin vermindern“. Centralbl. f. Gyn. 1889. Nr. 51.

b) „Die Veränderlichkeit der Conjugata“. (Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Gynäkol. 1891.)

c) „Bedenken gegen die Symphyseotomie“. Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 25. S. 584.

388. Wallich: „Une nouvelle opération d'urgence: la symphyséotomie“. Bulletin médical. 23. X. 1892.

389. Wehle: a) „Ein Fall von Symphyseotomie (Leopold's)“. Centralbl. f. Gyn. 1892. Nr. 31. S. 622.

b) „Die Symphyseotomie und ihre wissenschaftliche Begründung“ [Beschreibung der 3 ersten Operationen Leopold's und fleissige Leichenexperimente]. (Arbeiten aus der Königl. Frauenklinik in Dresden. I. Bd. Leipzig 1893. S. 343—388.)

390. Wickhoff: „Zur Verwendung der Symphyseotomie bei Operationen an der Harnblase“. (Experimentelle Leichenstudien.) Wiener klin. Wochenschrift 1893. Nr. 11. 16. März. S. 125.

391. Zweifel: a) „Ueber Symphyseotomie und Symphysenruptur“. Centralbl. f. Gyn. 1892. Nr. 44. S. 857—865. (Bericht über seine erste Operation, Fall 70.)

b) „Die Symphyseotomie“. Leipzig (Otto Wigand) und Schmidt's Jahrbb. der in- und ausländ. Medicin. Jahrgang 1893. Bd. 238. Nr. 5. S. 197—217. (Bericht über seine 12 ersten Operationen.)

c) Referat im Breslauer Gynäkologencongress, siehe Verhandlungen ebenda.

392. Referat über die Verhandlungen über Symphyseotomie in der II. Sitzung der Société Obstétricale de France vom 5. bis 7. April 1893: siehe Annales de Gynécologie Avril 1893.

a) p. 308—319: Lepage: „Observation de symphyséotomie pratiquée en ville chez une secondipare; accouchement prématuré spontané avant 8 mois $^1/_2$; impossibilité d'extraire le foetus avec le forceps en raison d'une tumeur utérine ou juxta-utérine descendant dans l'excavation. Enfant vivant. Mère guérie. Suites des couches physiologiques. Reveil d'une cystite ancienne".

b) p. 319—320: Queirel: „Un cas de symphyséotomie".

c) p. 321—334: Tellier: „Contribution à l'étude de la symphyséotomie. Une opération suivie de la mort de la mère. Succès pour l'enfants".

d) p. 334—336: Varnier: „Réflexions sur l'observation de Tellier".

e) p. 336—338: Maygrier: „Symphyséotomie dans un cas de fibrome pelvien".

f) p. 339—341: Budin: „Un cas de symphyséotomie".

g) p. 341—345: Guéniot: „Trois observations de symphyséotomie".

h) p. 345—356: Varnier: „De l'application du forceps au détroit supérieur rétréci, en particulier dans ses rapports avec la symphyséotomie".

i) p. 356—365: Fochier: „De la position et de l'attitude à donner à la tête après la symphyséotomie".

k) p. 365—374: Pinard: „Contribution à l'étude de la symphyséotomie".

l) p. 375—393. Interessante Discussion: Bar, Pinard, Budin, Varnier.

393. Discussion der Symphyseotomie in der ersten Sitzung des V. Congresses deutscher Gynäkologen zu Breslau im Mai 1893: siehe Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 22. S. 498—502; Nr. 23. S. 521—523 und Verhandlungen des Congresses. — Zweifel: Ueber Symphyseotomie. — Döderlein: Experimentell-anatomische Untersuchungen über die Symphyseotomie. Discussion: Leopold, Chrobak, Frommel, Fehling, Dührssen, Dohrn, Schauta, Olshausen, Koffer, Baumm, Swięcicki, Saenger, H. W. Freund, Küstner, Frank, Wiener, Bumm, Neugebauer, v. Winckel.

394. Wiener geburtsh. gyn. Gesellschaft: Sitzung vom 16. Mai 1893: Vortrag v. Dittel's: „Ueber Symphyseotomie" und folgende Discussion: Regnier, G. Braun, Koffer, Breus, R. v. Braun, Herzfeld, Schauta (mit vielen interessanten Details) — siehe: Centralbl. f. Gyn. 12. August 1893. Nr. 22. S. 751—757.

Bayerische Staatsbibliothek München

Berichtigungen.

Seite 6	Zeile 6	v. o.	lies	„jeder“ Indikation.
„ 16	„ 19	v. u.	„	„Bernard“ statt Bonnard.
„ 38	„ 2	v. u.	„	„56 Fälle“ statt 43.

Leipzig,
Walter Wigand's Buchdruckerei.

Verlag von **Otto Wigand** in **Leipzig.**

Die

Symphyseotomie.

Von

Prof. Dr. P. Zweifel

Director der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig.

Nach einem in der medicin. Gesellschaft zu Leipzig gehaltenen Vortrage.

Mit 2 Abbildungen. Preis 1 Mark 20 Pf.

Die

Tripperansteckung

beim

weiblichen Geschlechte.

Ein klinischer Vortrag

von

Dr. med. M. Sänger

Prof. der Geburtshülfe u. Gynäkologie an der Universität Leipzig.

Preis 1 Mark.

Ueber Pessarien.

Ein klinischer Vortrag

von

Dr. med. M. Sänger

Prof. der Geburtshülfe u. Gynäkologie an der Universität Leipzig.

Preis 1 Mark.

Leipzig, Walter Wigand's Buchdruckerei.

BSB Bayerische StaatsBibliothek
MDZ Münchener DigitalisierungsZentrum Digitale Bibliothek

Neugebauer, Franz Ludwig von

Ueber Rehabilitation der Schamfugentrennung oder Symphyseotomie durch die geburtshülfliche Schule in Neapel Von Franz Ludwig Neugebauer

Bd.: 1

1893

Path. 884 pg-1
urn:nbn:de:bvb:12-bsb11873176-5